

# METTRE FIN À LA TUBERCULOSE ET AU SIDA - UNE RÉPONSE COMMUNE À L'ÈRE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

## RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Le thème du segment thématique de la 42<sup>e</sup> réunion du CCP « Mettre fin à la tuberculose et au sida - une réponse conjointe à l'ère des objectifs de développement durable » reflète le besoin urgent de collaboration entre les ripostes à la tuberculose et au VIH pour accélérer l'éradication de ces épidémies indissolublement liées.

La réunion de haut niveau des Nations Unies de 2018 « Unis contre la tuberculose : définir en urgence une riposte mondiale à une épidémie mondiale » offre une occasion unique de soulever l'importance de mettre fin à l'épidémie de tuberculose et de réfléchir à la contribution de l'association des luttes contre la tuberculose et le VIH.

La tuberculose associée au VIH présente un risque pour la réalisation des objectifs de développement durable, la stratégie accélérée de l'ONUSIDA et les objectifs de la stratégie de lutte antituberculeuse visant à mettre fin à ces deux épidémies d'ici à 2030. Sans une action soutenue et efficace, les besoins des populations les plus vulnérables ne seront pas satisfaits.

Les personnes vivant avec le VIH sont exposées à un risque accru de développer une maladie tuberculeuse. La tuberculose reste la principale cause d'hospitalisation et de décès parmi les personnes vivant avec le VIH malgré l'existence d'interventions efficaces en matière de prévention et de traitement. Un décès lié au VIH sur trois était attribuable à la tuberculose en 2016. Alors que les décès dus à la tuberculose ont globalement diminué de 37 % entre 2000 et 2016, cette mortalité au sein des populations vivant avec le VIH n'a diminué que de 23 % au cours de la même période. La tuberculose multirésistante demeure une menace importante pour les personnes vivant avec le VIH et favorise l'augmentation des taux de mortalité. Les interventions basées sur des données probantes visant à prévenir et à traiter la tuberculose associée au VIH sont mal mises en œuvre.

Le nombre de nouvelles infections au VIH et de notifications de tuberculose diminue trop lentement, pas encore au rythme nécessaire pour atteindre les objectifs mondiaux. C'est en Afrique et en Asie du Sud-Est que le problème de la tuberculose associée au VIH est le plus important. À l'échelle mondiale, les populations clés les plus exposées à la tuberculose en raison de leur lieu de vie ou de travail, qui ont un accès limité à des services de qualité ou qui sont exposées à un risque accru en raison d'une fonction immunitaire compromise restent touchées de façon disproportionnée.

Ce segment thématique vise à examiner le rôle de la communauté mondiale dans la riposte à cette charge disproportionnée que constitue la tuberculose au sein des personnes vivant avec le VIH. Ce document d'information explore le rôle de la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH via l'analyse des problèmes socio-économiques, de genre, de stigmatisation et de droits de l'homme qui sont à l'origine de ces épidémies. Il évalue également comment les programmes en place pourraient se compléter pour identifier et atteindre les populations vulnérables et ainsi se rapprocher des objectifs de développement durable.

La tuberculose et le VIH sont fortement associés aux déterminants sociaux de la santé. Pourtant, les communautés engagées dans la lutte contre ces maladies ne collaborent pas pour s'attaquer aux facteurs sociaux et structurels de ces maladies. Le statut socio-économique peut influencer le risque d'infection tuberculeuse, la progression de la maladie, son diagnostic et la réussite de son traitement, et un cas de tuberculose peut avoir un impact direct et négatif sur le statut socio-économique d'une personne et de sa famille. Les personnes vivant avec la tuberculose associée au VIH continuent à faire face à une double stigmatisation et à la discrimination qui touche ces deux infections.

La *Politique de l'OMS sur les activités conjointes tuberculose/VIH de 2012 - directives pour les programmes nationaux et autres parties prenantes* contient une série de recommandations visant à

:

- établir et renforcer les mécanismes de prestation de services intégrés de lutte contre la tuberculose et le VIH ;

- réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH grâce à une intensification du dépistage de la tuberculose et du traitement antituberculeux de haute qualité, à l'intensification du traitement préventif à l'isoniazide et à un meilleur contrôle des infections (les trois « I ») ; et
- réduire la charge du VIH chez les personnes ayant une tuberculose présumée et diagnostiquée.

La mise en œuvre réussie d'interventions efficaces visant à réduire la charge de la tuberculose nécessite des structures de santé intégrées, adéquatement financées et accessibles qui atteignent toutes les populations clés et fournissent des services de santé complets et centrés sur la personne dans un environnement non stigmatisant respectueux des personnes et des droits de l'homme.

Les piliers de la stratégie de lutte antituberculeuse de l'OMS fournissent un cadre aux programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH afin qu'ils collaborent entre eux et avec d'autres secteurs pour atteindre les objectifs de développement durable et les objectifs mondiaux pertinents. Ces piliers sont les suivants : soins intégrés centrés sur le patient et prévention ; politiques audacieuses et systèmes de soutien ; et intensification de la recherche et de l'innovation.

Des études de cas sur les bonnes pratiques montrent qu'une collaboration efficace entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH et d'autres secteurs, en travaillant en partenariat avec les personnes et les communautés vivant avec le VIH et la tuberculose, peut avoir un impact. La communauté VIH a l'opportunité de soutenir la riposte à la tuberculose associée au VIH et de :

- renouveler et revigorer le leadership mondial et l'engagement à mettre fin aux épidémies de VIH et de tuberculose et transformer la riposte au VIH/TB de sorte à ce qu'elle soit équitable, fondée sur les droits et centrée sur les personnes ;
- investir les fonds nécessaires pour améliorer la couverture des interventions efficaces et accélérer le développement d'outils pour mettre fin à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ;
- situer l'épidémie de VIH/TB dans le contexte de considérations socio-économiques plus larges et œuvrer en faveur de soins de santé universels et du renforcement des systèmes de santé ;
- assurer une action multisectorielle à tous les niveaux du gouvernement pour atteindre toutes les personnes vivant avec la tuberculose associée au VIH, en particulier les personnes appartenant à des groupes de population vulnérables et clés ;
- engager un financement durable pour assurer l'accès aux soins de santé pour tous et la disponibilité d'interventions multisectorielles efficaces pour réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ;
- garantir un engagement significatif des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose et de leurs communautés dans l'élaboration de toutes les politiques ; et
- veiller à ce que toutes les politiques reflètent et traitent les facteurs socio-économiques sous-jacents de la tuberculose et protègent les droits de l'homme.

## LA VOIE À SUIVRE

Depuis 2008, des progrès significatifs ont été accomplis dans la réduction de l'impact de la tuberculose associée au VIH. Cependant, les recommandations du premier segment thématique du Conseil de coordination du Programme sur la tuberculose restent pertinentes.

Nous disposons de preuves et d'outils efficaces pour prévenir la plupart des décès dus à la tuberculose. Pourtant, ces outils ne sont pas utilisés efficacement et à l'échelle requise pour atteindre les personnes qui en ont le plus besoin. Les pays les plus durement touchés par la tuberculose associée au VIH doivent intensifier rapidement les activités de collaboration définies dans la politique de l'OMS.

Un dépistage précoce et fréquent de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH nouvellement diagnostiquées ainsi qu'un traitement antirétroviral et un traitement antituberculeux ou un traitement antituberculeux préventif sont essentiels. Le délai entre le diagnostic et le traitement doit être considérablement réduit.

La Déclaration politique des Nations Unies de 2016 sur l'élimination du sida a fixé des objectifs visant à ce que 90 % de l'ensemble des personnes atteintes de tuberculose bénéficient d'un traitement préventif ou thérapeutique et à ce que le traitement de 90 % de l'ensemble des personnes diagnostiquées soit une réussite. Il a également défini le cadre de la contribution de la communauté VIH à la réduction du poids de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Toutes les personnes vivant avec le VIH nouvellement diagnostiquées devraient faire l'objet d'un dépistage de la tuberculose. Les personnes atteintes de tuberculose active doivent commencer un traitement et les personnes ne présentant aucun symptôme de tuberculose active doivent recevoir un traitement préventif. Tous les adultes nouvellement diagnostiqués et les enfants vivant avec le VIH devraient suivre un traitement antirétroviral et recevoir un traitement antituberculeux ou un traitement préventif contre la tuberculose.

Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH devraient coordonner leurs efforts pour « trouver les millions manquants » en :

- informant et mobilisant les populations clés sur leur risque accru de tuberculose et de VIH et facilitant un meilleur accès à des services de lutte contre la tuberculose et le VIH axés sur le client ;
- intégrant la prestation de services de lutte contre la tuberculose et le VIH pour les populations clés à l'aide d'un modèle de « guichet unique » ;
- reconfigurant les services de santé pour mieux répondre aux besoins des communautés laissées pour compte en matière de riposte au VIH et à la tuberculose en rendant les heures d'ouverture plus souples, en formant les agents de santé aux besoins des populations clés de la tuberculose et du VIH, en sensibilisant les communautés aux taux élevés de tuberculose et VIH, en recherchant des contacts, en procédant au dépistage des cas index et au dépistage des ménages ;
- identifiant les ménages et les communautés vulnérables pour guider les activités communautaires de dépistage par le biais de cas index du VIH et de la tuberculose. Les vulnérabilités à la maladie et à une mauvaise santé se chevauchent souvent dans des endroits et au sein de populations en marge de la société, où l'accès aux services est médiocre ; et
- les campagnes de dépistage multidisciplinaires peuvent être adaptées aux principales causes de la vulnérabilité, de la morbidité et de la mortalité dans chaque communauté, et les coûts peuvent être partagés entre les programmes sanitaires, sociaux et éducatifs.

Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH doivent promouvoir ensemble l'engagement politique nécessaire pour construire les composantes de la CSU : un financement durable de la santé, une gouvernance des systèmes de santé, des agents de santé, des médicaments et produits de santé essentiels, des statistiques sanitaires et des systèmes d'information, et une prestation de services de qualité. Toutes ces composantes sont nécessaires afin d'assurer une riposte globale efficace à la tuberculose associée au VIH permettant d'atteindre l'objectif d'une réduction de 75 % des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2020.

L'accès équitable et l'adoption universelle de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose et le VIH (médicaments, diagnostics, vaccins) devraient être facilités pour faire en sorte que le coût ne soit pas un obstacle à l'accès à des diagnostics et traitements de qualité. Aligner et harmoniser les voies réglementaires afin d'accélérer l'adoption et la mise en œuvre de nouveaux outils pour diagnostiquer, prévenir et traiter la tuberculose et le VIH, notamment en utilisant les facilités prévues par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce.

À plus long terme, les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH doivent collaborer pour mettre en place des systèmes de santé robustes, s'attaquer aux déterminants sociaux et structurels de la tuberculose et du VIH et identifier de nouvelles ressources et de nouveaux modèles de financement pour la recherche de meilleurs outils visant à prévenir, diagnostiquer et traiter la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

L'ONUSIDA doit élaborer des directives claires à l'intention des pays sur la manière de mesurer, surveiller et réduire l'impact de la stigmatisation et de la discrimination liées à la tuberculose et au VIH dans les soins de santé, sur le lieu de travail et au sein des communautés. Les lois et les pratiques discriminatoires affectant les personnes atteintes de la tuberculose ou du VIH doivent être éliminées, et les lois, les politiques et les pratiques qui permettent l'accès aux services doivent être encouragées.

Les décideurs politiques et les prestataires de soins de santé doivent transformer la riposte standard à la tuberculose et au VIH pour la rendre équitable, fondée sur les droits, non discriminatoire, sexospécifique et centrée sur les personnes, non seulement dans les établissements de santé mais aussi sur les lieux de travail, dans les écoles, en prison et autres lieux de détention, dans le but ultime de parvenir à une couverture sanitaire universelle, afin de protéger les populations contre les dépenses de santé potentiellement exorbitantes causées par le VIH, la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante.

La collaboration entre les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose est nécessaire pour traiter les déterminants sociaux et structurels communs de la maladie. Des synergies peuvent être réalisées pour améliorer la santé scolaire et pénitentiaire, fournir des services de réduction des risques pour les consommateurs de drogues, améliorer la santé au travail pour les professionnels de santé, les services de proximité pour les populations mobiles, la protection sociale et le soutien nutritionnel, et favoriser la génération de revenus.

Il convient de garantir un investissement durable dans des services de santé vitaux via l'établissement de priorités, l'obtention de gains de productivité et l'innovation. Les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose doivent développer de solides arguments en faveur de l'investissement national dans des programmes efficaces de lutte contre le VIH et la tuberculose qui assurent un bon retour sur investissement. La santé n'est pas un coût mais un investissement. Les estimations montrent qu'à long terme, chaque dollar dépensé pour des programmes de lutte contre la tuberculose permet d'économiser jusqu'à 30 dollars grâce à l'amélioration de la santé et à l'augmentation de la productivité.

Pour alimenter l'innovation et les nouvelles découvertes, davantage de partenariats sont nécessaires entre les gouvernements, les entreprises (en particulier les fabricants de médicaments) et les organisations de la société civile. L'objectif devrait être de développer des traitements plus efficaces, plus courts et moins toxiques.

La communauté internationale doit s'engager en faveur d'un leadership mondial plus décisif et responsable. Sans responsabilité, les objectifs et les engagements ont peu de sens. Les gouvernements doivent être soutenus pour améliorer le niveau de vie. Cela implique de garantir l'accès à des aliments nutritifs, à un environnement propre, à l'éducation et à la promotion de conditions économiques saines.

## ABRÉVIATIONS

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
RAM	Résistance aux antimicrobiens
TAR	Traitement antirétroviral
MAR	Médicament antirétroviral
Fonds mondial	Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
MDR-TB	Tuberculose multirésistante
CCP	Conseil de coordination du Programme
ODD	Objectif de développement durable
TB	Tuberculose
CSU	Couverture santé universelle
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OMS	Organisation mondiale de la santé

## I. INTRODUCTION

1. La 41<sup>e</sup> réunion du Conseil de coordination du Programme (CCP) de l'ONUSIDA a convenu que le thème du segment thématique de la 42<sup>ème</sup> réunion de juin 2018 serait « Mettre fin à la tuberculose et au sida - une riposte commune à l'ère des objectifs de développement durable ».
2. Cette décision fait suite à des décisions et recommandations antérieures, prises notamment lors de la 22<sup>e</sup> réunion du CCP en 2008,<sup>1</sup> pour :
  - mobiliser les communautés, y compris les migrants et les autres populations marginalisées, de sorte à assurer un meilleur accès au diagnostic, à la prévention et à la prise en charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ;
  - travailler avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) afin de mettre en place des mécanismes de responsabilisation des programmes de lutte contre le VIH en matière de prévention, de diagnostic et de traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ;
  - plaider pour l'inclusion de la prévention, de la détection et du traitement de la tuberculose dans les cadres d'action nationaux de lutte contre le VIH ;
  - fournir des services intégrés de lutte contre la tuberculose et le VIH qui assurent un contrôle adéquat de l'infection tuberculeuse dans toutes les structures de santé ;
  - combler le déficit de ressources pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose ; et
  - travailler avec des partenaires pertinents pour accélérer la recherche et le développement de meilleurs outils pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.
3. La première réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose, prévue pour le 26 septembre 2018, offrira une occasion unique de faire de la tuberculose une priorité mondiale et de renouveler l'engagement des dirigeants mondiaux de mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030.<sup>2</sup> Les discussions tenues dans le cadre du segment thématique du CCP peuvent contribuer à alimenter le débat de l'Assemblée générale des Nations Unies et peuvent encourager l'élaboration d'une déclaration politique ultérieure qui éclairera la future riposte mondiale à la tuberculose.
4. La stratégie de lutte antituberculeuse de l'OMS,<sup>3</sup> approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014, vise à créer un monde sans tuberculose, avec zéro décès, maladie et souffrance dû à la tuberculose d'ici à 2035. Cette stratégie s'inscrit au-delà de la date limite des objectifs de développement durable et définit la fin de l'épidémie de tuberculose en 2035 comme :
  - une réduction de 95 % du nombre de décès dus à la tuberculose par rapport à un chiffre de base de 1,8 million de décès en 2015, y compris les 0,4 million de décès parmi les personnes vivant avec le VIH ;
  - une réduction de 90 % du taux d'incidence de la TB, soit moins de 10 personnes pour 100 000 habitants par an, contre 104 personnes pour 100 000 en 2015 ; et
  - zéro famille touchée par la tuberculose devant assumer des coûts financiers exorbitants dus à la tuberculose.
5. Les principes suivants guident la stratégie de lutte antituberculeuse d'ici à 2035 :<sup>4</sup>
  - Intendance et responsabilité du gouvernement ;
  - Engagement de la société civile et des communautés ;
  - Protection et promotion des droits de l'homme, de l'éthique et de l'équité ; et
  - Adaptation de la stratégie et des objectifs au contexte dans le cadre d'une collaboration mondiale.

6. Le *Plan mondial pour mettre fin à la tuberculose - Le changement de paradigme, 2016-2020* de Stop TB Partnership définit les actions et les ressources nécessaires au cours des cinq premières années de la stratégie de lutte antituberculeuse.<sup>5</sup> Le Plan mondial met l'accent sur la prévention de la tuberculose, le dépistage actif et la recherche de contacts, en se concentrant sur les populations clés, en élaborant et déployant de nouveaux outils et en mettant en œuvre des programmes complets de lutte contre la tuberculose. Le Plan mondial prévoit trois objectifs axés sur les personnes qui devraient être atteints, idéalement, d'ici à 2020 ou au plus tard d'ici à 2025 :
  - atteindre au moins 90 % de toutes les personnes ayant besoin d'un traitement antituberculeux ;<sup>a</sup>
  - atteindre au moins 90 % des populations clés vivant avec la tuberculose ; et
  - atteindre au moins 90 % de réussite du traitement.
7. L'éthique et les droits de l'homme constituent le fondement de la stratégie et du plan mondial de lutte contre la tuberculose.<sup>6 7</sup> Le groupe de travail sur la tuberculose et les droits de l'homme de Stop TB Partnership<sup>8</sup> vise à protéger et à promouvoir les droits de l'homme dans la fourniture de l'accès universel aux services antituberculeux, à réduire la vulnérabilité, à renforcer l'accès à des services antituberculeux efficaces, à autonomiser les personnes et les communautés et à garantir le renforcement des capacités et le développement. Le Guide d'éthique de l'OMS de 2017 pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte antituberculeuse souligne que mettre fin à l'épidémie de tuberculose est une question de justice sociale car la tuberculose affecte de manière disproportionnée les populations marginalisées et vulnérables.<sup>9</sup>
8. La Déclaration politique sur l'élimination du sida de 2016 a confirmé l'engagement des États membres à réduire de 75 % le nombre de décès par tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2020 ;<sup>10</sup> atteindre cet objectif nécessite une intensification immédiate de l'action. La Déclaration politique comprenait également la promotion de l'accès non discriminatoire à la santé, le renforcement des systèmes nationaux de protection sociale et de l'enfance, l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et l'abolition des inégalités entre les sexes.
9. Ce segment thématique reconnaît les Engagements accélérés de l'ONUSIDA visant à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, en particulier l'engagement 10 :<sup>11</sup> « S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C » et l'engagement 6 : « S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH d'ici à 2030 ».
10. Les objectifs visent à réduire les décès liés au sida à moins de 500 000 et les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH de 75 % d'ici à 2020. Les objectifs visent également à atteindre 90 % de toutes les personnes ayant besoin d'un traitement antituberculeux, dont 90 % des populations à risque élevé, et à atteindre un taux de réussite d'au moins 90 %, conformément aux objectifs définis dans le Plan mondial de Stop TB Partnership.

---

Atteindre toutes les personnes atteintes de tuberculose (active et latente) et les placer sur un traitement approprié, à savoir traitement de première intention, de deuxième intention et préventif, selon le cas<sup>a</sup>



11. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 réaffirme l'engagement des États membres à éliminer les épidémies de tuberculose et de VIH d'ici à 2030 (ODD 3.3), à atteindre la couverture sanitaire universelle (ODD 3.8) et à assurer des vies saines et promouvoir le bien-être de tous.<sup>12</sup> L'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles sont essentielles à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD 5).
12. Mettre fin à l'épidémie de tuberculose et de VIH nécessite une riposte globale et multisectorielle pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. Cette approche implique, mais sans s'y limiter, de mettre en place des systèmes de protection sociale et des mesures pour tous (ODD 1.3) ; d'assurer la résilience des populations vulnérables en les protégeant contre les chocs sociaux, économiques et environnementaux (ODD 1.5) ; de lutter contre l'insécurité alimentaire et la malnutrition (ODD 2) ; d'assurer l'accès à un logement convenable (ODD 11.1) ; de renforcer la mobilisation des ressources nationales pour le financement (ODD 17.1) et l'amélioration des partenariats mondiaux (ODD 17.16 et 17.17).
13. La tuberculose reste la principale cause d'hospitalisation et de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Des interventions efficaces pour prévenir et traiter la TB associée au VIH existent mais sont souvent mal mises en œuvre. Ce segment thématique et le document d'information examinent la riposte mondiale à la charge disproportionnée de la tuberculose pesant sur les personnes vivant avec le VIH. Ils explorent comment la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH peut répondre aux problèmes socio-économiques, de genre, de stigmatisation et de droits humains qui sous-tendent ces épidémies. En outre, ils évaluent comment les programmes peuvent travailler ensemble pour identifier et atteindre les populations vulnérables afin de réaliser les ODD.
14. En préparation à ce segment thématique, l'ONUSIDA a lancé un appel à soumission d'exemples d'études de cas sur les activités de collaboration dans les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Une sélection d'exemples de bonnes pratiques est présentée dans cet article. Toutes les études de cas reçues figurent dans un document de séance UNAIDS/PCB (42)/CRP3.<sup>13</sup>
15. L'annexe 1 de la présente note d'information comprend des liens vers des orientations politiques mondiales sur les approches communes visant à réduire la charge de la tuberculose associée au VIH.

## **II. LA CHARGE GLOBALE DE LA TUBERCULOSE, DU VIH ET DE LA TUBERCULOSE ASSOCIÉE AU VIH**

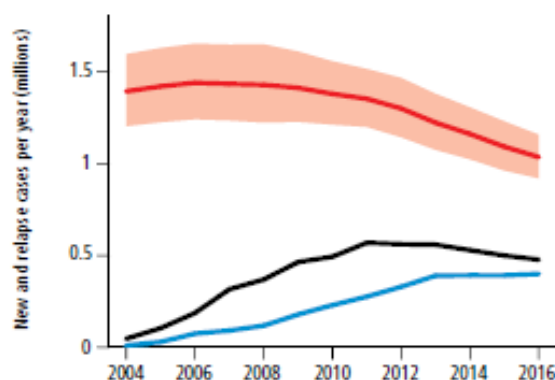
16. En 2016, l'ONUSIDA a estimé qu'il y avait 1,8 million de nouvelles infections à VIH (1,6-2,1 millions), dont 160 000 survenant chez des enfants de moins de 15 ans. Il y a actuellement 36,7 millions (30,8-42,9 millions) de personnes vivant avec le VIH et 20,9 millions de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral (TAR).<sup>1415</sup> Malgré une augmentation de la couverture thérapeutique, le taux actuel de diminution du nombre estimé de nouvelles infections depuis 2010 reste insuffisant pour atteindre l'objectif mondial de moins de 500 000 nouvelles infections d'ici à 2020.<sup>16</sup>

**Figure 1. Progrès globaux eu égard à la réalisation des objectifs 90-90-90 du traitement anti-VIH en 2017<sup>11</sup>**



17. Les personnes vivant avec le VIH courent un risque considérablement accru de développer une tuberculose active, 21 fois plus élevé que le reste de la population mondiale (16-27). Les personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une infection tuberculeuse latente sont également 30 fois plus susceptibles de développer une tuberculose active que les personnes non infectées par le VIH.<sup>17,18</sup> Les résultats individuels de la tuberculose associée au VIH sont pires que ceux de la tuberculose active chez les personnes non infectées par le VIH (36 % de décès par rapport à 12 % en 2016).<sup>19</sup>
18. L'OMS estime que 10,4 millions de personnes (8,8-12,2 millions) ont développé une maladie tuberculeuse (nouveaux cas de tuberculose) dans le monde en 2016 (90 % d'adultes et 65 % d'hommes).<sup>20</sup> L'incidence mondiale de la tuberculose diminue lentement, par rapport à la population mondiale, mais pas au taux nécessaire pour atteindre la réduction de 90 % du taux d'incidence de la tuberculose (ou moins de dix personnes pour 100 000 habitants par an), à savoir l'objectif mondial pour 2035.<sup>21</sup>
19. Pour atteindre les objectifs de la stratégie de lutte antituberculeuse, la baisse de l'incidence doit passer de 1,5 % (2015) à 4-5 % par an d'ici à 2020 et à 10 % par an d'ici à 2025. Environ 10 % (entre 8 et 12 %) des nouveaux cas de TB en 2016 concernaient des personnes vivant avec le VIH.<sup>22</sup> On estime que 40 % ou 4 millions de cas de tuberculose n'ont pas été notifiés en 2016, ce qui représente l'obstacle le plus important à la réalisation des objectifs mondiaux.<sup>23</sup>
20. Au total, 476 774 cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH ont été signalés aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse en 2016. Ce chiffre représente environ 46 % du nombre estimé de cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Cela indique que plus de la moitié de tous les cas de tuberculose associés au VIH ne sont ni diagnostiqués ni traités.<sup>24</sup>
21. Parmi les cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH qui ont été signalés aux programmes antituberculeux, 85 % auraient reçu un traitement antirétroviral. Cependant, cela signifierait que seulement 39 % des nouveaux cas de TB estimés parmi les personnes vivant avec le VIH ont reçu à la fois un traitement antituberculeux et un TAR la même année (Figure 2). La prise d'un traitement antirétroviral réduit jusqu'à 65 % le risque de développer une tuberculose associée au VIH, mais le risque résiduel demeure.<sup>25</sup> Les estimations eu égard au succès du traitement contre la tuberculose associée au VIH en 2015 sont de 78 % contre 83 % pour tous les nouveaux cas de tuberculose.<sup>26</sup>

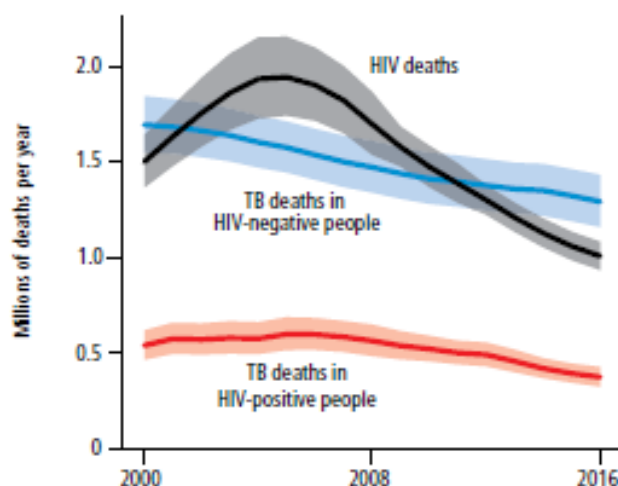
**Figure 2. Nombre total de nouveaux cas et de rechutes signalés parmi les personnes séropositives (en noir), nombre de personnes ayant commencé un TAR (en bleu) et nombre estimé de cas de TB séropositifs (en rouge) en 2004-2016. Les zones ombrées représentent les marges d'incertitude.<sup>27</sup>**



<sup>27</sup> The calculation is for all cases in years prior to 2015.

22. La tuberculose est la neuvième cause de décès dans le monde et la première cause de décès par maladie infectieuse ; ces deux dernières années, ce chiffre a dépassé le nombre de décès liés au sida. En 2016, il y a eu 1,3 million de décès dus à la tuberculose, auxquels s'ajoutent 374 000 décès dus à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH (déclarés dans le monde entier comme décès liés au sida).<sup>28,29</sup> On estime qu'environ un million (830 000-1 200 000) de personnes sont mortes de maladies liées au sida en 2016, la tuberculose représentant plus d'un décès lié au sida sur trois.<sup>30</sup>
23. Alors que le nombre de décès dus à la tuberculose diminue globalement (une réduction de 37 % entre 2000 et 2016), le nombre de décès par tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH n'a diminué que de 23 % sur la même période (Figure 3). La proportion de personnes atteintes de tuberculose qui meurent d'une maladie doit être réduite de 17 % (en 2015) à 10 % d'ici à 2020 et à 6,5 % d'ici à 2025 pour atteindre les objectifs de la stratégie de lutte antituberculeuse et réduire de 95 % le nombre de décès liés à la tuberculose associée au VIH.<sup>31</sup>

**Figure 3. Tendances mondiales du nombre estimé de décès causés par la tuberculose et le VIH (en millions), 2000-2016. Les zones ombrées représentent les marges d'incertitude.<sup>32</sup>**



24. La tuberculose multirésistante (TB-MR) est une menace croissante pour les personnes vivant avec le VIH et contribue à des taux de mortalité plus élevés. En 2016, on estime à 600 000 le nombre de nouveaux cas de tuberculose résistant à la rifampicine.<sup>33</sup> Il s'agit là d'une véritable crise de santé publique croissante et d'une menace pour la sécurité sanitaire mondiale. La tuberculose est la principale cause de décès associés à la résistance aux antimicrobiens.<sup>34</sup>
25. C'est en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est qu'on trouve la charge de la tuberculose associée au VIH la plus élevée. En 2016, 12 pays comptabilisaient plus de 70 % des cas de tuberculose<sup>b</sup> associée au VIH et plus de 75 % de tous les décès dus à la tuberculose associée au VIH.<sup>c</sup> 86 % des décès liés à la TB parmi les personnes vivant avec le VIH ont été enregistrés en Afrique subsaharienne en 2016.<sup>35</sup>

### Les déterminants socio-économiques et structurels du VIH et de la tuberculose

26. Le statut socio-économique peut influencer le risque d'infection tuberculeuse, la progression de la tuberculose, le diagnostic et la réussite du traitement et inversement, la présence de la tuberculose peut avoir un impact direct et négatif sur le statut socio-économique d'une personne et de sa famille. La tuberculose est fortement associée à la pauvreté et liée aux déterminants plus larges de la santé : chômage élevé, mauvaises conditions de travail et de vie, exclusion sociale et manque de soutien social, surpeuplement et malnutrition.<sup>36,37</sup> Un grand nombre de ces facteurs socio-économiques augmentent également le risque d'infection à VIH, influent sur les comportements en matière de recherche de soins de santé, sur l'accès aux services de santé et accroissent la vulnérabilité à l'impact de la maladie associée au VIH.
27. La pauvreté et l'insécurité alimentaire empêchent les personnes d'avoir accès aux services de prévention, de diagnostic et de traitement du VIH et de la tuberculose. La malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments augmentent le risque de tuberculose. Lorsque la pauvreté et l'insécurité alimentaire coexistent, la tuberculose est particulièrement susceptible d'entraîner une sous-nutrition et un mauvais apport alimentaire risque d'avoir un impact négatif sur les résultats du traitement

<sup>b</sup> Angola, République démocratique du Congo, Inde, Indonésie, Kenya, Mozambique, Nigeria, Afrique du Sud, Ouganda, République unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

<sup>c</sup> Angola, Cameroun, République démocratique du Congo, Inde, Indonésie, Kenya, Mozambique, Nigeria, Afrique du Sud, Ouganda, République unie de Tanzanie et Zambie.

antituberculeux. Les personnes souffrant de malnutrition et atteintes de tuberculose ont une convalescence plus longue et présentent des taux de mortalité plus élevés que les personnes bien nourries. Il existe également une corrélation significative entre les régions où la prévalence de la tuberculose et du VIH est élevée et le niveau d'insécurité alimentaire. Les personnes vivant avec le VIH qui sont sous-alimentées sont également plus sensibles à l'infection tuberculeuse. En plus d'un traitement efficace, les personnes atteintes d'une tuberculose associée au VIH peuvent avoir besoin d'une alimentation supplémentaire mais sont souvent incapables d'accéder, d'ingérer ou d'absorber suffisamment de nourriture, ce qui peut augmenter les effets indésirables du traitement et la mortalité.<sup>38</sup>

28. Le Plan mondial de lutte contre la tuberculose définit l'approche de la tuberculose fondée sur les droits comme étant basée sur les lois internationales, régionales et nationales. Ces lois établissent les droits des personnes vivant avec la tuberculose, y compris les droits à la vie, à la santé, à la non-discrimination, au respect de la vie privée, à la liberté de circulation, au logement, à la nourriture, à l'eau potable et à l'assainissement, et le droit de profiter des progrès scientifiques.<sup>39</sup>
29. Le droit relatif aux droits de l'homme crée également des obligations juridiques correspondantes pour les gouvernements et des responsabilités pour les acteurs privés et exige qu'ils encouragent la responsabilité et l'accès aux recours en cas de violations des droits. De plus, comme cela a été démontré dans la riposte au VIH, le respect et la promotion des droits de l'homme des personnes vivant avec la tuberculose sont susceptibles de favoriser des interventions plus durables, d'améliorer les résultats de la prévention et du traitement, et de réduire la résistance aux médicaments.
30. Les facteurs liés au genre qui alimentent les risques de tuberculose et de VIH et qui créent des obstacles aux services prennent de nombreuses formes. Dans l'ensemble, les hommes courent un risque plus élevé de développer la tuberculose que les femmes et les hommes sont plus susceptibles de mourir de la tuberculose que les femmes.<sup>40</sup> Les facteurs de risque spécifiques aux hommes sont liés en particulier au travail dans des contextes à haut risque, tels que l'exploitation minière ou le dynamitage avec exposition à la poussière, et à la migration économique qui augmente également le risque d'interruption du traitement.<sup>41</sup> La consommation de tabac, d'alcool et de drogues ainsi que des comportements néfastes en matière de recherche de soins de santé sont également associés à un risque accru d'infection tuberculeuse. Les hommes sont moins susceptibles de se faire diagnostiquer et de signaler leur tuberculose que les femmes.<sup>42</sup>  
43
31. Inversement, les femmes peuvent avoir un accès plus limité aux services antituberculeux que les hommes en raison de leurs responsabilités domestiques, du fait qu'elles peuvent avoir à demander la permission aux membres masculins de la famille d'accéder aux services de santé ou du fait que leur santé peut être jugée moins importante que celle des hommes.<sup>44,45</sup>
32. Les femmes enceintes vivant avec le VIH sont jusqu'à dix fois plus susceptibles de contracter une maladie tuberculeuse que les femmes enceintes non infectées par le VIH ; de plus, leur traitement antituberculeux est inadapté et l'issue de leur grossesse pose problème.<sup>46, 47</sup> Les femmes vivant avec le VIH courent trois fois plus de risques de mortalité maternelle et infantile si elles ont une TB active pendant la grossesse, les décès périnataux étant multipliés par six et le risque de naissance prématurée et de faible poids du nourrisson par deux.<sup>48</sup> La tuberculose peut avoir des conséquences particulièrement graves pour les femmes et figure parmi les cinq principales causes de décès chez les femmes âgées de 20 à 59 ans.<sup>49</sup>

33. Les personnes atteintes de tuberculose ont le droit d'être à l'abri de la stigmatisation et de la discrimination dans tous les contextes, y compris eu égard aux soins de santé, à l'emploi, au logement, à l'éducation et à la migration. La stigmatisation reflète une interaction complexe de facteurs socioculturels, juridiques et structurels. La stigmatisation, la discrimination et l'exclusion associées au VIH peuvent à la fois amplifier et être amplifiées par la stigmatisation liée à la tuberculose.<sup>50</sup>
34. La stigmatisation peut survenir au niveau de la communauté, parmi les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose ou à risque de les contracter, ainsi que dans les établissements de santé, sur les lieux de travail, dans les établissements d'enseignement et au niveau des services sociaux. Dans le contexte de la tuberculose, alors que les connotations négatives et les raccourcis font partie de la « colonne vertébrale de la stigmatisation » partout dans le monde, les connotations spécifiques, les raccourcis et les stéréotypes varient selon le contexte. La stigmatisation liée à la tuberculose continue d'être un obstacle majeur au succès des patients, des familles, des soignants et des communautés qui peuvent retarder le traitement, entraver le rétablissement, augmenter la souffrance et augmenter la mortalité.<sup>51 52 53 54</sup>
35. Étant donné que la TB et le VIH sont souvent associés à la pauvreté, à de mauvaises conditions de vie et à des comportements socialement « indésirables », les personnes peuvent être stigmatisées et discriminées en raison de leur maladie et de la perception qu'on peut avoir de leurs comportements et de leur statut socio-économique. Les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose peuvent être confrontées à une double stigmatisation et discrimination. Les populations clés peuvent également faire face à la stigmatisation associée à des maladies concomitantes (par exemple l'hépatite), à leur emploi (par exemple les travailleurs du sexe et les mineurs) ou à leur positionnement social lié au genre ou à la migration. L'accumulation de ces stigmatisations aggrave les difficultés rencontrées pour accéder aux services de dépistage, d'examen et de traitement de la tuberculose et du VIH.
36. Stop TB Partnership définit les populations clés de la TB comme des populations exposées à la tuberculose en raison de leur lieu de vie ou de travail, des personnes ayant un accès limité à des services de qualité ou présentant un risque accru de déficience immunitaire (Tableau 1). Le VIH est le facteur de risque le plus puissant pour la progression de l'infection tuberculeuse à la tuberculose.<sup>55</sup> Le VIH augmente également le taux de récurrence de la tuberculose. Les personnes vivant avec le VIH sont donc considérées comme une population clé de la tuberculose. Les populations clés de la tuberculose sont importantes dans tous les contextes de l'épidémie de VIH.

**Tableau 1. Populations clés touchées par la tuberculose (Plan mondial pour mettre fin à la tuberculose 2016-2030)**

<p><b>Les personnes davantage exposées à la tuberculose en raison de l'endroit où elles vivent ou travaillent</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prisonniers, travailleurs du sexe, mineurs, visiteurs d'hôpitaux, agents de santé et agents de santé communautaires.</li> <li>• Les personnes qui :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ vivent dans des bidonvilles urbains,</li> <li>○ vivent dans des lieux mal ventilés ou poussiéreux,</li> <li>○ sont en contact avec des patients tuberculeux, y compris les enfants,</li> <li>○ travaillent dans des environnements surpeuplés,</li> <li>○ travaillent dans des hôpitaux ou sont des professionnels de la santé.</li> </ul> </li> </ul>
---	--

<p><b>Les personnes qui ont un accès limité à des services antituberculeux de qualité</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les travailleurs migrants, les femmes évoluant dans des milieux principalement masculins, les enfants, les réfugiés ou les personnes déplacées, les mineurs illégaux et les sans-papiers.</li> <li>• Les personnes qui : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ proviennent de populations tribales ou de groupes autochtones,</li> <li>○ sont sans-abri,</li> <li>○ vivent dans des zones difficiles d'accès,</li> <li>○ vivent dans des maisons de retraite,</li> <li>○ ont un handicap mental ou physique,</li> <li>○ font face à des obstacles juridiques pour accéder aux soins,</li> <li>○ sont lesbiennes, gays, bisexuels ou transgenres.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Personnes à risque accru de tuberculose à cause de facteurs biologiques ou comportementaux qui compromettent la fonction immunitaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes qui : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ vivent avec le VIH,</li> <li>○ ont du diabète ou une scoliose,</li> <li>○ suivent une thérapie immunosuppressive,</li> <li>○ sont sous-alimentées,</li> <li>○ consomment du tabac,</li> <li>○ souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool,</li> <li>○ s'injectent des drogues.</li> </ul> </li> </ul>

37. Les populations clés de la tuberculose comprendront également les groupes qui présentent un risque plus élevé de contracter le VIH<sup>56</sup> (populations clés du VIH). La stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA<sup>57</sup> définit les populations clés les plus à risque de contracter le VIH comme « des groupes de personnes qui sont plus susceptibles d'être exposés au VIH ou de le transmettre, et dont l'engagement est essentiel afin d'assurer une riposte au VIH réussie ».
38. Dans tous les États membres, les populations clés comprennent les personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des contextes, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables, les personnes incarcérées et évoluant dans d'autres milieux clos, et les travailleurs du sexe et leurs clients sont davantage exposés à l'infection que le grand public. Chaque pays devrait définir les populations spécifiques qui constituent les populations clés de son épidémie de tuberculose et de VIH et sa riposte en fonction du contexte épidémiologique et social.
39. Les enfants vivant avec le VIH ont jusqu'à 20 fois plus de risques de contracter le TB que les enfants séronégatifs vivant dans la même communauté. L'incidence mondiale du VIH associé à la tuberculose chez les enfants est difficile à estimer en raison d'un manque de données ventilées.<sup>58</sup> Cependant, on estime que la TB se classe parmi les dix principales causes de décès chez les enfants.<sup>59</sup>
40. Malgré des progrès significatifs dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, environ 160 000 nouvelles infections à VIH [100 000-220 000] et 120 000 décès liés au VIH [79 000-160 000] ont été rapportés en 2016 chez les enfants de moins de 15 ans. On estime que 240 000 enfants (<15 ans) sont morts de la tuberculose [190 000-300 000] en 2015.<sup>60</sup> Environ 39 000 de ces décès sont survenus chez des enfants ayant contracté la tuberculose et le VIH.
41. La tuberculose est plus difficile à diagnostiquer chez les jeunes enfants que chez les adultes, et la présence du VIH augmente encore la probabilité d'un diagnostic tardif ou raté de la tuberculose infantile.<sup>61</sup> Malgré la disponibilité de médicaments antituberculeux de qualité garantie pour les enfants, 230 000 décès (96 %) liés à la tuberculose chez les

enfants en 2015 [190 000-290 000] concernaient des enfants qui n'avaient pas reçu de traitement antituberculeux.<sup>62</sup>

42. La plupart des décès d'enfants liés à la TB peuvent être évités grâce à une thérapie préventive, un diagnostic et un traitement opportuns. Les interventions existantes pour prévenir, diagnostiquer et traiter la tuberculose ne répondent donc pas aux besoins des enfants ou ne sont pas disponibles là où elles sont le plus nécessaires.<sup>63</sup>
43. Le seul vaccin antituberculeux, le BCG, est administré aux nouveaux-nés. Il offre une certaine protection contre les formes graves de la TB dans la petite enfance mais perd son effet avant l'adolescence. La tuberculose peut être évitée avec des médicaments simples, mais moins de 15 % des enfants à haut risque de contracter la tuberculose à la suite d'une exposition à une personne atteinte de tuberculose infectieuse reçoivent un traitement préventif. Moins de la moitié des quelque 1 million d'enfants qui contractent la tuberculose chaque année et moins de 10 % des quelque 32 000 enfants atteints de tuberculose multirésistante (TB-MR) sont diagnostiqués et traités.<sup>64</sup>
44. Les agents de santé ont un risque accru d'être exposés à la tuberculose (jusqu'à trois fois plus que la population générale) et à la TB-MR.<sup>65</sup> De nombreux agents de santé vivant avec le VIH n'ont pas accès aux services de santé pour le traitement du VIH ou de la tuberculose en raison de la peur de la divulgation et de la stigmatisation entourant la tuberculose et le VIH. Ils peuvent ne pas avoir les connaissances et les outils nécessaires pour se protéger du VIH et de la tuberculose.<sup>66</sup> De nombreux programmes ont été conçus pour aider les agents de santé à comprendre et à répondre à leurs propres préoccupations concernant les risques de tuberculose au travail ainsi que les attitudes stigmatisantes envers les patients.<sup>67</sup> Cependant, il est peu probable que la formation soit efficace si les agents de santé estiment qu'ils disposent d'un soutien inadéquat sur leur lieu de travail ou d'un manque d'approvisionnement en médicaments et d'outils de diagnostic pour assurer un fonctionnement convenable.<sup>68</sup>
45. Les mineurs vivant avec le VIH sont cinq fois plus à même de développer une tuberculose active, et l'incidence de la tuberculose chez les mineurs vivant avec le VIH et la silicose est jusqu'à 15 fois plus élevée que chez les mineurs non infectés par le VIH. Les conditions de travail et de vie des mineurs augmentent le risque d'infection tuberculeuse.<sup>69</sup> Dans de nombreux endroits, l'exploitation minière repose sur des travailleurs mal payés dans des régions reculées où les conditions de travail et de vie sont médiocres et où les mécanismes de régulation étatiques peuvent ne pas tenir pour responsables de la sécurité sur le lieu de travail les sociétés minières. Les obstacles structurels à des services de dépistage et de traitement adéquats entraînent des taux élevés de tuberculose non diagnostiquée.<sup>70</sup>
46. Les personnes incarcérées et évoluant dans d'autres milieux clos, y compris en détention provisoire, ont droit à des services de santé équivalents à ceux de la communauté. La prévalence plus élevée du VIH dans la population carcérale mondiale, conjuguée au manque de lumière naturelle, de ventilation et d'assainissement, à une mauvaise nutrition et au surpeuplement, facilite la transmission rapide de la tuberculose dans des environnements fermés.<sup>71</sup> L'incidence de la tuberculose dans la population carcérale est jusqu'à 23 fois plus élevée que dans la population totale.<sup>72</sup> Les personnes incarcérées proviennent souvent de communautés marginalisées et vulnérables.<sup>73</sup> Les épidémies de tuberculose dans les populations carcérales peuvent constituer un déterminant important de l'épidémie de TB dans la population globale, en raison du flux continu de personnes (détenus, visiteurs et personnel) entre les deux populations.<sup>74</sup>
47. Les peuples autochtones du monde entier sont souvent plus touchés par la tuberculose et le VIH. La marginalisation historique et continue, le racisme, le déplacement et la



réinstallation des populations autochtones ont entraîné un accès réduit aux territoires traditionnels et une incapacité à subsister sur les terres. Cette perturbation de leurs modes de vie traditionnels est associée à l'absence de services essentiels ou à leur accès limité ainsi qu'à des facteurs génétiques, socio-économiques et culturels qui augmentent l'impact de la tuberculose et du VIH parmi les peuples autochtones.

48. Les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées présentent un risque accru d'exposition à la tuberculose et au VIH et un accès réduit aux services essentiels de lutte contre la tuberculose et le VIH en raison d'obstacles ethniques, culturelles, linguistiques ou autres obstacles discriminatoires, d'attitudes stigmatisantes, de la peur de l'expulsion ou du fait qu'ils ne possèdent pas la documentation requise. La promiscuité augmente la probabilité de transmission de la TB, et un mauvais état de santé et nutritionnel peut affaiblir le système immunitaire et augmenter la vulnérabilité des populations touchées par un conflit qui développent une TB active.<sup>75</sup>
49. En cas d'urgences aiguës, en particulier celles associées au déplacement, le risque d'interruption du traitement antirétroviral et antituberculeux est accru en raison de la perturbation des services de santé, de la perte d'effets personnels et de la rupture des systèmes de soutien familial et communautaire. Pour les réfugiés, l'accès au traitement antituberculeux et anti-VIH peut être retardé à l'arrivée dans le pays d'asile en raison de l'inaccessibilité géographique, des coûts et de l'accès incertain aux services nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH.
50. L'épidémie mondiale naissante de maladies non transmissibles et les facteurs de risque sous-jacents associés, tels que la mauvaise alimentation et le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues, augmentent le risque de tuberculose et les effets indésirables du traitement antituberculeux et anti-VIH. Le tabagisme actif et passif est un facteur de risque d'infection tuberculeuse latente, de progression vers une maladie active, de mauvais résultats thérapeutiques et de taux de mortalité plus élevés dus à la tuberculose. Une consommation d'alcool plus élevée ou la présence de troubles liés à l'abus d'alcool augmentent le risque de tuberculose en plus d'être liés à un statut socio-économique inférieur, à l'itinérance et à la malnutrition.<sup>76</sup> Les personnes qui consomment des drogues, y compris les personnes qui s'injectent ou qui fument des amphétamines, courent un risque plus élevé de contracter la tuberculose.<sup>77</sup> La tuberculose est l'une des principales causes de décès chez les personnes vivant avec le VIH qui s'injectent des drogues.<sup>79</sup>
51. Cette note d'information examine ce qui est nécessaire pour réduire la charge mondiale de la tuberculose liée au VIH à court terme (pour atteindre l'objectif de la déclaration politique d'ici à 2020) et ce que le monde doit faire à plus long terme pour atteindre l'objectif de développement durable 3, à savoir mettre fin aux épidémies de VIH et de sida d'ici à 2030.
52. À court terme, il est possible d'en faire davantage pour renforcer la mise en œuvre des interventions existantes fondées sur des données probantes actuellement disponibles pour réduire la charge de la tuberculose associée au VIH. À plus long terme, les communautés VIH et TB doivent collaborer avec d'autres programmes et secteurs pour s'attaquer aux déterminants sociaux et structurels des maladies et d'une santé défaillante qui alimentent les épidémies de tuberculose et de VIH et établir les priorités de recherche de nouveaux outils pour la prévention et le diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

### **III. QUE DOIT-ON FAIRE POUR RÉDUIRE DE 75 % LES DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI À 2020 ?**

### III.a. Interventions fondées sur des données probantes visant à réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et l'impact de la tuberculose associée au VIH

53. Depuis la publication et la mise à jour de la politique de l'OMS sur les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, bon nombre des recommandations politiques jugées nécessaires pour une riposte efficace à la tuberculose associée au VIH ont été mises en œuvres.<sup>80</sup> Cette action coordonnée a sauvé environ 6,2 millions de vies dans le monde entre 2005 et 2016, soit une réduction de 45 % des décès pour 100 000 habitants. La réduction de la TB associée au VIH implique une série d'interventions efficaces, y compris celles visant directement la prévention et le traitement de la TB ainsi que celles visant la prévention et le traitement du VIH (donc indirectement de la TB).<sup>81</sup>
54. La politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la TB et le VIH prévoit 12 activités qui reposent sur trois composantes clés. qui figurent au tableau 2.

**Tableau 2. Activités conjointes de lutte contre la TB et le VIH recommandées par l'OMS<sup>82</sup>**

<b>A. Mettre en place et renforcer les mécanismes de collaboration pour la prestation de services intégrés tuberculose et VIH</b>
1. Créer et renforcer un organe de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH opérant à tous les niveaux
2. Déterminer la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux et la prévalence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
3. Planifier conjointement l'intégration des services tuberculose et VIH
4. Surveiller et évaluer les activités conjointes tuberculose et VIH
<b>B. Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (les trois I de la lutte contre le VIH et la tuberculose)</b>
5. Intensifier le dépistage des cas de tuberculose et assurer un traitement antituberculeux de haute qualité
6. Prévenir la tuberculose par l'isoniazide et le commencement rapide du traitement antirétroviral
7. Lutter contre la transmission de l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs
<b>C. Réduire la charge du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux</b>
8. Assurer le dépistage du VIH et des services de conseil aux patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux
9. Mettre en place les méthodes de prévention du VIH auprès des patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux
10. Dispenser le traitement préventif au cotrimoxazole aux patients tuberculeux vivant avec le VIH
11. Mettre en place les prophylaxies et dispenser traitement et soins aux patients tuberculeux vivant avec le VIH
12. Dispenser le traitement antirétroviral aux patients tuberculeux vivant avec le VIH

## **A. Mettre en place et renforcer les mécanismes de collaboration pour la prestation de services intégrés tuberculose et VIH**

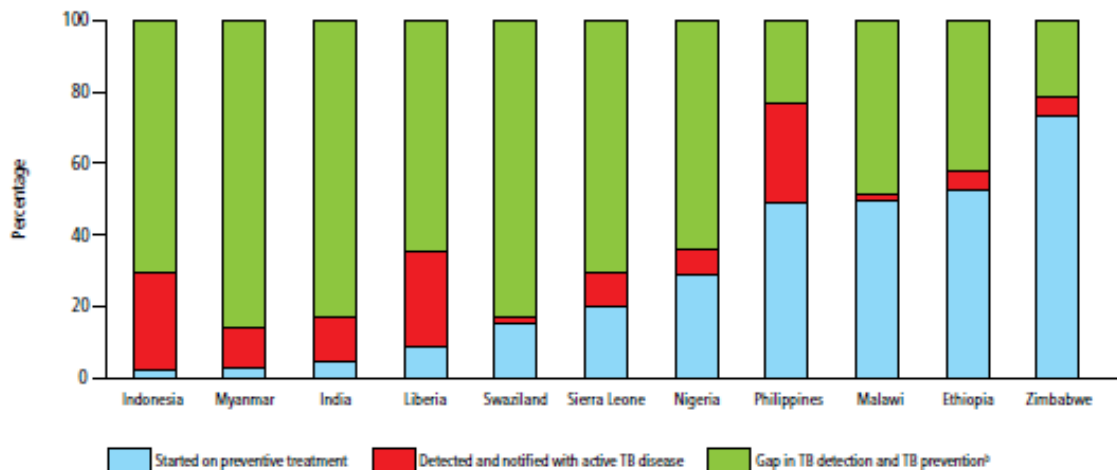
55. *Créer et renforcer un organe de coordination des activités conjointes tuberculose/VIH opérant à tous les niveaux.* Les organismes nationaux de coordination peuvent faciliter une collaboration multisectorielle efficace entre les programmes nationaux VIH et TB, les ministères chargés de la protection sociale et de l'emploi, du logement, des finances et de l'éducation, le secteur privé à but lucratif, les partenaires d'exécution, les communautés et la société civile.
56. *Déterminer la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux et la prévalence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.* Les systèmes de surveillance nationaux peuvent guider l'élaboration du programme (en particulier pour les groupes de population clés), la planification et le financement. Des systèmes d'enregistrement de l'état civil renforcés sont nécessaires pour mieux identifier et traiter les causes de la mortalité.
57. *Planifier conjointement l'intégration des services tuberculose et VIH.* La planification conjointe devrait être harmonisée avec les plans stratégiques nationaux pour la protection sociale, la couverture sanitaire universelle et le renforcement du système de santé, si de tels plans existent. Les éléments clés de la programmation conjointe comprennent la mobilisation des ressources, le renforcement des capacités et la formation, le plaidoyer contre la tuberculose et le VIH, la communication des programmes, l'engagement significatif des communautés affectées, y compris le secteur privé et le monde universitaire.
58. *Suivre et évaluer les activités conjointes tuberculose/VIH.* Les données régulières du programme doivent être mieux utilisées pour identifier les lacunes et les opportunités d'amélioration des services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins. L'intégration dans les systèmes existants et la collaboration à travers le système de santé et avec d'autres programmes facilitent un suivi efficace. L'OMS et l'ONUSIDA fournissent des indicateurs mondiaux et nationaux de base pour le suivi et l'évaluation de la tuberculose, du VIH et des activités conjointes TB/VIH.<sup>83 84</sup> L'utilisation d'identificateurs de clients nationaux uniques facilitera grandement le suivi des clients lorsqu'ils se déplacent entre les programmes et les services de santé et entre les établissements.

## **B. Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (les trois I) :**

59. *Intensifier le dépistage des cas de tuberculose et assurer un traitement antituberculeux de haute qualité.* Un accès équitable aux services de dépistage de la tuberculose, de diagnostic précis et de traitement abordable de la tuberculose associée au VIH est nécessaire pour atteindre l'objectif mondial consistant à assurer un traitement préventif ou curatif à 90 % de personnes en ayant besoin d'ici à 2020.
60. L'ODD 3.8 visant à garantir la couverture sanitaire universelle inclut explicitement la fourniture d'un traitement antituberculeux. Toutes les personnes vivant avec le VIH devraient subir un dépistage de la tuberculose au moment du diagnostic du VIH et tout au long de la vie, à intervalles réguliers, et recevoir un traitement antituberculeux ou un traitement préventif contre la tuberculose en fonction du résultat du dépistage (Figure 4). L'algorithme clinique de l'OMS pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH avec une possible tuberculose devrait être suivi en utilisant Xpert MTB/RIF et MTB/RIF

Ultra pour toutes les personnes vivant avec le VIH.<sup>8586</sup> Un simple test de bandelette urinaire (test urinaire lipoarabinomannane à écoulement latéral ou LF-LAM) peut être utilisé au sein des communautés ou dans les établissements de soins primaires pour diagnostiquer la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH à un stade avancé de la maladie (faible nombre de CD4 ou personnes gravement malades).<sup>87</sup>

**Figure 4. Lacunes du traitement préventif de la tuberculose chez les personnes nouvellement enrôlées dans le traitement du VIH en 2016, pays sélectionnés<sup>88</sup>**



61. *Prévenir la tuberculose par l'isoniazide et le commencement rapide du traitement antirétroviral.* L'épidémie de tuberculose ne s'arrêtera pas sans s'attaquer au réservoir mondial d'infection tuberculeuse - une personne sur quatre dans le monde est infectée par la tuberculose. Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH pour lesquels rien n'indique qu'ils sont atteints d'une tuberculose active et qui n'ont pas de contre-indication au traitement devraient recevoir un traitement préventif contre la tuberculose au moment du diagnostic, y compris les personnes ayant achevé un traitement antituberculeux et les femmes enceintes.<sup>89</sup>
62. Il a été démontré que le traitement préventif à l'isoniazide réduit de 33 %<sup>90</sup> le risque de tuberculose active chez les adultes et les adolescents et réduit le risque de décès de 37 % indépendamment du traitement antirétroviral sur une période de 7 à 9 ans. Des études récentes ont montré qu'un traitement à l'isoniazide et à la rifapentine d'un mois plus court que le traitement à l'isoniazide traditionnel de neuf mois permet également de prévenir la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.<sup>91</sup> L'utilisation de traitements plus courts peut améliorer l'observance et l'achèvement du traitement.<sup>92</sup> Une combinaison à dose fixe d'isoniazide combinée à la pyridoxine et au cotrimoxazole (CTX/INH/B6) est également disponible, ce qui réduit le fardeau posologique et facilite l'observance.
63. Le traitement antituberculeux préventif ne doit être administré qu'aux nourrissons vivant avec le VIH âgés de moins de 12 mois et ayant précédemment été en contact au sein de leur foyer avec une personne atteinte de tuberculose active, après exclusion de la tuberculose active.<sup>93</sup> Pour les nourrissons et les enfants âgés de plus de 12 mois, un traitement antituberculeux préventif est recommandé, quel que soit leur statut immunitaire et qu'ils soient ou non sous traitement antirétroviral, après l'élimination de la TB active à l'aide d'un algorithme clinique.<sup>94</sup>
64. La mise en place précoce d'un traitement préventif à l'isoniazide et du TAR réduit considérablement le risque de maladie grave chez les personnes vivant avec le VIH, y compris le risque de tuberculose et d'infection bactérienne.<sup>95</sup> Les personnes (adultes,

femmes enceintes et allaitantes, adolescents et enfants) atteintes de tuberculose associée au VIH doivent commencer le TAR en même temps que le traitement antituberculeux ou le plus tôt possible après.<sup>96</sup>

65. *Lutter contre la transmission de l'infection tuberculeuse dans les services de santé et les établissements collectifs.* Les mesures de lutte contre l'infection peuvent réduire le risque de transmission de la tuberculose au sein des populations où une proportion importante de personnes vivent avec le VIH. Le fondement de la lutte contre la transmission de l'infection tuberculeuse est un diagnostic précoce et rapide et un traitement approprié de la tuberculose.<sup>97</sup>

### **C. Réduire la charge du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux :**

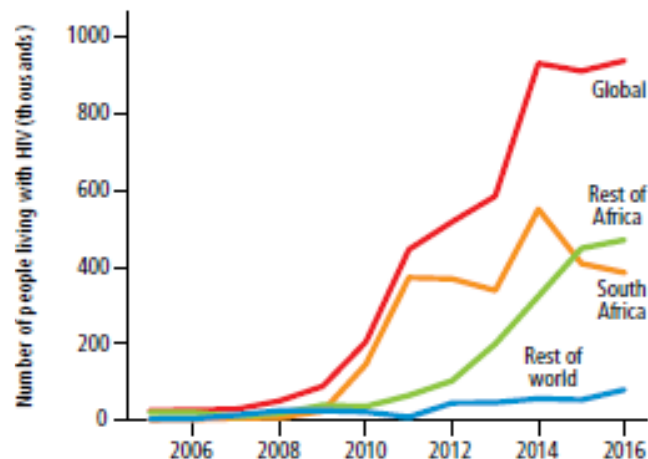
66. *Encourager le dépistage du VIH des patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux.* Toutes les personnes présumées ou diagnostiquées tuberculeuses devraient se voir proposer un test de dépistage du VIH. Des études transversales ont observé un taux de positivité au VIH très élevé chez les personnes présumées tuberculeuses par rapport au grand public. Utiliser les plateformes disponibles dans les établissements de santé et dans la communauté pour identifier les cas présumés de tuberculose et les soumettre à un test VIH et de tuberculose contribuera de manière significative au dépistage de cas de tuberculose et de VIH et constitue une stratégie d'intégration critique.<sup>98</sup>
67. *Mettre en place les méthodes de prévention du VIH auprès des patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux.* Les programmes de prévention combinées comprennent des interventions biomédicales, comportementales et structurelles. Des programmes de prévention combinées spécifiques sont nécessaires pour les groupes de population clés. Les interventions comportementales doivent aller au-delà de la fourniture d'informations et de services éducatifs et doivent inclure des interventions structurelles et de soutien.<sup>99</sup> Les interventions qui traitent des facteurs sociaux, juridiques, politiques et environnementaux contribuant à la transmission du VIH et à la tuberculose revêtent une importance particulière.<sup>100</sup>
68. *Dispenser le traitement préventif au cotrimoxazole (TPC) aux patients tuberculeux vivant avec le VIH.* Le CPT réduit le risque d'infections bactériennes et parasitaires chez les personnes vivant avec le VIH nouvellement diagnostiquées qui commencent un traitement antirétroviral. Le CPT devrait être intégré au programme de traitement et de prise en charge du VIH et offert à toutes les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose, quel que soit leur statut immunitaire. La nouvelle combinaison à dose fixe INH/B6/cotrimoxazole pourrait augmenter l'absorption et l'adhésion au traitement préventif à la fois contre la tuberculose et d'autres infections opportunistes sans ajouter au fardeau posologique.
69. *Dispenser le traitement antirétroviral aux patients tuberculeux vivant avec le VIH.* Toutes les personnes vivant avec le VIH et sous traitement antituberculeux devraient recevoir un traitement antirétroviral dès que possible après le diagnostic. Le délai entre le diagnostic et le traitement devrait idéalement être mesuré en minutes plutôt qu'en mois, comme c'est actuellement la norme dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire.<sup>101</sup> Le soutien à la rétention des patients dans le continuum de soins et à l'observance du traitement devrait être adapté aux besoins de l'individu. Cela permettra aux personnes de compléter leur traitement antituberculeux et d'observer un traitement antirétroviral à vie.

### **III.b Défis et obstacles qui empêchent la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes visant à lutter contre la tuberculose associée au VIH**

70. La mise en œuvre réussie d'interventions efficaces visant à réduire la charge de la tuberculose nécessite des structures de santé intégrées, adéquatement financées et accessibles qui atteignent toutes les populations clés et fournissent des services de santé complets et centrés sur la personne dans un environnement non stigmatisant respectueux des personnes et des droits de l'homme.
71. La stigmatisation et la discrimination entourant la tuberculose et le VIH laissent de côté de nombreuses personnes en matière de riposte mondiale au VIH et à la tuberculose. La stigmatisation peut influencer l'engagement national et le financement de la programmation, en particulier pour les populations clés. La stigmatisation a également un impact sur les attitudes des agents de santé, les comportements individuels en matière de recherche de soins de santé, l'acceptation du diagnostic, l'adoption de services de prévention, l'observance du traitement, les résultats positifs du traitement, le sentiment de bien-être d'une personne et même le suivi et compte-rendu précis de la charge et de la riposte à la maladie. La présence incontestée de la stigmatisation réduit l'efficacité des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH.<sup>102</sup>
72. L'absence de couverture sanitaire universelle et de protection sociale limite la capacité des systèmes de santé à fournir une prévention, un traitement et des soins de qualité aux personnes en ayant le plus besoin (la « loi inverse des soins »). Les services sont souvent insuffisamment centrés sur le client, une réalité qui est obscurcie par le terme trompeur de populations « difficiles à atteindre ». L'éloignement des établissements de santé, le manque de moyens de transport, les coûts directs et indirects des soins de santé et la présence de la stigmatisation et de la discrimination constituent autant d'obstacles à l'accès, en particulier pour les populations les plus vulnérables. Assurer la prestation de services et la continuité des soins peut être particulièrement difficile dans les contextes fragiles et touchés par les conflits.
73. Des services de santé de mauvaise qualité peuvent constituer un obstacle à la fourniture de soins, même si certains des autres obstacles à l'accès sont surmontés. Les pénuries de personnel et les agents de santé insuffisamment formés, une supervision inadéquate, une mauvaise gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicaments, fournitures et équipements, des infrastructures rudimentaires, un suivi et une évaluation inadéquats et une mauvaise analyse et utilisation des données sont autant de facteurs qui nuisent à la qualité des services et affaiblissent les systèmes de santé.
74. L'intégration inadéquate des services de lutte contre la tuberculose et le VIH entraîne une utilisation inefficace des ressources permettant de faire face au double fardeau des épidémies. L'héritage de la programmation verticale s'ajoute à ce défi. Une approche non coordonnée de la planification et de la programmation de la tuberculose et du VIH et des différents services de lutte contre la tuberculose et le VIH empêche la prévention efficace, le diagnostic rapide et le traitement de la tuberculose associée au VIH.
75. Lacunes dans la couverture d'interventions et d'outils efficaces. La lente adoption des politiques et de la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes réduisent l'impact des solutions rentables de prévention et de traitement de la tuberculose associée au VIH. La lenteur de la mise en place du traitement préventif de la tuberculose a miné les efforts visant à réduire la charge et l'impact de la tuberculose associée au VIH. Le traitement préventif est particulièrement important pour réduire la charge disproportionnée pesant sur les femmes et les enfants.
76. La couverture du traitement préventif de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH a considérablement augmenté : 940 000 personnes vivant avec le VIH (sous traitement anti-VIH ou antirétroviral) bénéficiaient d'un traitement préventif contre la

tuberculose dans 60 pays en 2016, contre 12 000 dans trois pays en 2004. Des écarts significatifs persistent cependant, comme le montre la Figure 5. Environ 11 millions de personnes vivant avec le VIH ignoraient leur statut sérologique et ne pouvaient pas bénéficier du traitement préventif de la tuberculose. En 2016, 18 des 30 pays les plus touchés par la tuberculose et le VIH ont indiqué dans leurs rapports à l'OMS qu'ils ne fournissaient pas de traitement préventif contre la tuberculose aux personnes vivant avec le VIH.<sup>103</sup>

**Figure 5. Fourniture d'un traitement préventif de la tuberculose aux personnes vivant avec le VIH 2005-2006<sup>104</sup>**



77. La lenteur de l'adoption de nouvelles technologies diagnostiques essentielles au diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (par exemple Xpert MTB/RIF et LF-LAM) reste un obstacle à la détection rapide des cas. En 2016, seuls 28 des 48 pays fortement touchés par l'infection à VIH avaient adopté des algorithmes nationaux utilisant Xpert MTB/RIF comme premier test de diagnostic d'une présumée tuberculose associée au VIH.<sup>105</sup>
78. Il y a également un besoin urgent en test de diagnostic non expectorant, sensible et adapté aux enfants qui facilite le diagnostic de la TB chez les enfants vivant avec le VIH. Le diagnostic du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose peut également être amélioré. Seulement 57 % des personnes atteintes de tuberculose dans le monde connaissaient leur statut VIH en 2016. Cependant, en Afrique subsaharienne, où la charge de la tuberculose associée au VIH est la plus élevée, 82 % des personnes atteintes de tuberculose connaissaient leur statut VIH.<sup>106</sup>
79. La proportion de personnes dont on sait qu'elles ont une tuberculose associée au VIH et qui accèdent au traitement antirétroviral est estimée à 78 % dans le monde. Bien que cela représente une augmentation significative au cours des 12 dernières années (36 % en 2005), les 22 % restants qui sont déjà sous traitement antituberculeux mais pas sous traitement antirétroviral doivent être diagnostiqués et mis en relation avec des centres de soins et de traitement.<sup>107</sup>
80. Des formulations adaptées aux enfants pour les TAR de première et de deuxième intention sont maintenant disponibles mais doivent être mises en œuvre plus largement pour garantir à tous les enfants un accès équitable à la dose correcte et à des médicaments formulés de manière appropriée.

81. Des besoins de financement continus non satisfaits. Une appropriation et une allocation insuffisantes des ressources par les gouvernements nationaux à des programmes intégrés de lutte contre le VIH et la tuberculose entraînent un accès inéquitable aux services vitaux requis par les personnes touchées par la tuberculose et le VIH. Ceci est exacerbé par différents mécanismes de financement et budgets consacrés à la lutte contre la tuberculose et le VIH ainsi que différents échelons hiérarchiques au sein des gouvernements (par exemple les Conseils nationaux du sida rendent souvent compte aux chefs d'État, tandis que les programmes de lutte contre la TB rapportent aux ministres de la Santé) et différentes cultures organisationnelles limitent souvent l'efficacité de la collaboration entre programmes.
82. Les programmes nationaux font face à des défis croissants sous la forme de politiques de cofinancement et de transition qui limitent leur capacité à se procurer et à gérer des approvisionnements adéquats pour des interventions appropriées. Des investissements supplémentaires de 1,4 milliard de dollars US par an pour les interventions existantes et de 1,3 milliard de dollars US pour la recherche sont nécessaires pour atteindre les objectifs de la stratégie de lutte antituberculeuse.<sup>108</sup>
83. Les investissements inadéquats dans la recherche sur de nouveaux médicaments antituberculeux, les diagnostics non basés sur l'expectoration, les vaccins efficaces et sûrs et les traitements préventifs qui ont moins d'effets secondaires et qui sont plus tolérables en association avec le TAR constituent autant de défis à relever. Il est nécessaire d'investir dans la recherche et le développement de nouveaux médicaments et de thérapies dirigées contre l'hôte pour cibler la résistance aux médicaments et de mettre en place des traitements plus courts et plus tolérants susceptibles d'améliorer l'observance. Les traitements actuels recommandés par l'OMS ne peuvent guérir que 50 % des cas de TB-MR et 30 % des cas de TB-UR.<sup>109</sup>

### **III.c Recentrer l'action nationale pour surmonter les obstacles à la mise en œuvre d'activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH fondées sur des données probantes : conclusions d'études de cas**

84. Les trois piliers de la stratégie de lutte antituberculeuse de l'OMS<sup>110</sup> fournissent un cadre pour la collaboration entre programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH et avec d'autres secteurs afin d'atteindre les ODD et les objectifs mondiaux.

#### **Pilier 1 : Soins intégrés centrés sur le patient et prévention**

85. Les mesures mondiales et nationales visant à réduire la TB associée au VIH doivent s'inscrire dans le contexte de la couverture santé universelle. Une riposte efficace au VIH et à la tuberculose exige que toutes les personnes et communautés aient accès à des services de santé de qualité sans être confrontées à des difficultés financières, à des problèmes de stigmatisation ou de discrimination.
86. L'inadéquation fréquente de la couverture des services de lutte contre la tuberculose et le VIH appelle à la fourniture de services intégrés et à la décentralisation vers le niveau des soins de santé primaires dans les « guichets uniques ». À l'ère des ODD, l'intégration de la tuberculose et du VIH à d'autres services tels que la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle, néonatale et infantile, et des services adaptés aux jeunes, peuvent améliorer le diagnostic chez les femmes et les enfants. L'intégration des services TB/VIH dans des programmes menés sur le lieu de travail peut aider à atteindre plus d'hommes.
87. *Intensification du dépistage de cas de tuberculose et de VIH.* La recherche de contacts de cas index de VIH et de TB peut aider à orienter les services de proximité vers les



lieux et les populations les plus exposés aux maladies. Les vulnérabilités à la tuberculose et au VIH se chevauchent souvent dans les communautés et il est nécessaire d'adopter une approche intégrée de la sensibilisation communautaire qui ne se concentre pas sur une seule maladie. Outre la tuberculose et le VIH, les services de proximité peuvent dépister les infections sexuellement transmissibles, les grossesses, les maladies non transmissibles, les problèmes de santé mentale et la toxicomanie, soutenir les jeunes non scolarisés et signaler toute violence sexiste. Les coûts les plus importants, généralement pour le personnel et les transports, peuvent être partagés entre les programmes sociaux et de santé. La stigmatisation peut également être réduite puisque l'approche n'implique pas l'identification d'un individu ou d'une famille comme cas « index ». Le nombre de cas positifs signalés peut donc être augmenté.

88. Dans deux provinces de la République démocratique du Congo, Haut-Katanga et Lualaba, le Programme de technologie appropriée en matière de santé (PATH, Program for Appropriate Technology in Health) et le programme intégré de lutte contre le VIH et la TB du ministère de la Santé appuyé par l'USAID comprennent un soutien sur place des agents techniques et des coordinateurs, et la formation et la supervision des agents de santé. Cette approche a entraîné une forte augmentation du recours au dépistage de la tuberculose. En 2017, 99 % (22 544) des personnes vivant avec le VIH dans les deux provinces ont fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose, 921 (4,1 %) dépistages s'avérant positifs.
89. En Côte d'Ivoire, la prise en charge de la tuberculose est améliorée chez les personnes vivant avec le VIH dans un centre régional de lutte contre la tuberculose à Koumassi. Les personnes présumées atteintes de tuberculose se voient proposer un test de dépistage du VIH.<sup>111</sup> Les personnes qui n'ont pas été diagnostiquées avec un frottis ou un algorithme clinique mais qui sont séropositives sont à nouveau testées avec Xpert MTB/RIF. Cette approche a permis d'identifier 1 741 personnes présumées atteintes de tuberculose, la tuberculose ayant été effectivement diagnostiquée pour 505 d'entre elles avec frottis d'expectoration ou cliniquement. Les 1 236 personnes dont le frottis s'est révélé négatif ont toutes accepté le test du VIH, 175 étant séropositives. Elles ont ensuite été testées avec Xpert MTB/Rif, 32 personnes supplémentaires se révélant positives à Xpert, dont 4 avec une résistance à la rifampicine. Toutes les personnes ont commencé à la fois un traitement antituberculeux et un traitement antirétroviral. Les personnes vivant avec le VIH dont le test Xpert MTB/RIF s'est révélé négatif ont bénéficié d'un CPT et ont été référées aux services de soins du VIH. Les agents de santé sont formés au contrôle des infections et au traitement de la tuberculose et du VIH. Les membres de la communauté sont impliqués dans le suivi des personnes et proposent une approche holistique des soins.<sup>112</sup>
90. Au Cambodge, 50 % des cas de tuberculose surviennent chez les personnes âgées de plus de 55 ans. Une unité de dépistage mobile comprenant un test Xpert MTB/RIF et un générateur de rayons X s'est rendu dans 75 établissements de santé publics dans quatre districts. Les groupes plus âgés ont été encouragés à être examinés par les groupes de soutien du village, ainsi que tout membre de la communauté présentant une toux. Le dépistage de 2 068 personnes a donné 329 cas de tuberculose bactériologiquement positifs. Cela a considérablement augmenté les notifications pour les personnes âgées de plus de 55 ans (+ 263 %) au sein d'une population présentant traditionnellement des taux de notification bas et un accès variable aux services de santé. Combinées à la mobilisation communautaire et à l'utilisation des nouvelles technologies, les séries de journées de dépistage actif ont permis d'améliorer le diagnostic de la tuberculose, l'initiation du traitement et les résultats du traitement au sein d'une population clé présentant une prévalence élevée de tuberculose.<sup>113</sup>

91. La Fédération Humana a introduit deux variantes du dépistage du VIH en Afrique subsaharienne. L'une d'entre eux consiste pour les agents de terrain à rendre visite aux ménages pour offrir des tests de dépistage du VIH ainsi que des informations, des services de prévention, des activités de réduction de la stigmatisation et des tests de dépistage de la tuberculose. Les agents de terrain de Humana visitent également les ménages des cas index de VIH récemment enregistrés dans les établissements de santé et assurent le dépistage des membres du ménage et des partenaires sexuels. De plus, un soutien pour la rétention et l'observance du traitement est fourni aux personnes vivant avec le VIH.
92. Au Mozambique, au Nigeria, en Afrique du Sud et en Zambie, 2,1 millions de personnes ont été soumises à un test de dépistage du VIH sur une période de deux ans (2015-2017). 1,2 million de personnes supplémentaires ont été dépistées pour la tuberculose, 9300 cas de tuberculose ayant été identifiés. L'approche de Humana démontre la faisabilité d'une approche de dépistage du VIH combinée à un soutien social pour réduire la stigmatisation et la discrimination dans les soins de santé et les communautés.<sup>114</sup>
93. *Traitement préventif contre la tuberculose.* En Côte d'Ivoire, les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH ont convoqué une série de réunions nationales des parties prenantes en collaboration avec les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis et l'OMS afin de surmonter les obstacles à l'adoption du TPI. Ces réunions ont été utilisées pour présenter de nouvelles données, discuter des défis et des obstacles à la mise en œuvre tels que la disponibilité de l'isoniazide, clarifier les rôles de deux programmes et assurer un financement adéquat grâce à une note conceptuelle du Fonds mondial.<sup>115</sup>
94. *Soins centrés sur le patient.* En 2017, le Réseau panukrainien de personnes vivant avec le VIH a créé un réseau durable de soutien à l'observance du traitement de la tuberculose et du VIH centré sur le patient grâce à un réseau de 21 organisations communautaires offrant un soutien personnalisé comprenant soutien social et psychologique, renouvellement de documents, réadaptation, emploi, assistance financière et conseil juridique. Le Réseau a fourni des soins à 2 712 personnes atteintes de tuberculose pharmacosensible, dont 652 (24 %) personnes atteintes de tuberculose associée au VIH, avec un taux de réussite de 96 %. En 2018-2020, l'objectif est d'étendre le projet à d'autres régions et d'apporter un soutien aux personnes atteintes de tuberculose pharmacorésistante.<sup>116</sup>
95. *Atteindre les populations clés : les consommateurs de drogues.* Dans deux grands districts d'Abidjan, en Côte d'Ivoire, le programme national de lutte contre la tuberculose et l'Institut Pasteur ont étudié les avantages d'un programme communautaire d'éducateurs pairs visant à améliorer le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les usagers de drogues. Ils ont effectué un dépistage systématique de la tuberculose et du VIH dans un « fumoir » fréquenté par des consommateurs de drogues, puis ont mis les individus en relation avec des centres de traitement, de soins et de soutien social par le biais d'éducateurs pairs. La prévalence du VIH parmi les participants était de 5,4 %, soit presque le double de la prévalence nationale, et 15,4 % des personnes atteintes de tuberculose étaient coinfectées par le VIH. Malgré la nature mobile de cette population, l'approche communautaire a amélioré la rétention dans le système de soins, 60 % des patients ayant terminé leur traitement antituberculeux.<sup>117</sup>
96. Dépistage de la tuberculose et du VIH pour les agents de santé. En 2016, un programme de dépistage intensif de la tuberculose à l'intention des agents de santé a été mis en œuvre dans dix établissements de santé publics à Dire Dawa, en Éthiopie. Le programme de dépistage comprenait l'évaluation des symptômes de la tuberculose, la

prise de pression artérielle, un dépistage du VIH et des tests de glycémie. Au cours d'une année, 85 % des agents de santé ont participé à au moins un dépistage, 60 % d'entre eux ayant participé aux quatre dépistages trimestriels et 94 % ayant accepté un test de dépistage du VIH. L'incidence de la TB était de 806 pour 100 000 agents de santé et était quatre fois plus élevée parmi les agents de santé vivant avec le VIH. Au cours de l'année, l'incidence de la tuberculose parmi les agents de santé sur les sites participants a diminué de 87 %. Cette approche de collaboration a fourni des services confidentiels de dépistage du VIH et de la tuberculose en milieu de travail pour les agents de santé.<sup>118</sup>

97. *Services intégrés de lutte contre la tuberculose et le VIH dans les prisons.* Depuis 2009, le projet « Health through Walls » de la fondation AIDS Healthcare a été mis en œuvre dans 17 prisons en Haïti afin de réduire l'impact de la tuberculose et du VIH parmi les détenus et les communautés environnantes. Il forme des éducateurs pairs et du personnel pénitentiaire à la prévention, aux soins et au traitement du VIH et de la tuberculose, de sorte que le dépistage du VIH, le dépistage de la tuberculose, le TAR et le TPI puissent être proposés à tous les détenus. Une fois libérés, un planificateur de congé travaille avec les ONG locales et les fournisseurs de soins de santé pour les mettre en contact avec les services médicaux appropriés de leur communauté et assurer la continuité des soins. Les dépistages de cas index ont été élargis aux partenaires sexuels et aux membres de la famille. L'approche « blitz santé » a conduit à une augmentation des taux de dépistage et à l'amélioration des protocoles de traitement pour les personnes vivant avec le VIH en prison.<sup>119</sup>
98. En Zambie, le projet Building Bridges vise à prévenir la transmission du VIH et de la tuberculose dans les prisons grâce à un partenariat entre la société civile, le système de justice pénale, les autorités sanitaires publiques et la communauté. Les pairs mènent un dépistage des symptômes de la tuberculose dans le système carcéral. Appuyés par des agents pénitentiaires experts en TB, ils offrent une formation sur la tuberculose et le VIH et participent aux comités de contrôle des infections. Les pairs sont encouragés avec des packs d'hygiène mensuels. Le projet soutient également la formation d'agents pénitentiaires au poste de coordonnateur de la lutte contre la tuberculose et offre des services de conseil et de dépistage du VIH. Entre 2015 et 2017, le projet a été mis en œuvre dans huit prisons et a permis le dépistage de plus de 5000 prisonniers. Les détenus chez qui l'on a diagnostiqué une tuberculose associée au VIH peuvent recevoir des suppléments protéinés à haute valeur énergétique et un soutien de leurs pairs pour renforcer l'observance du traitement et des soins.<sup>120</sup>
99. Des résultats similaires ont été obtenus au Malawi. Une épidémie de VIH dans les prisons iraniennes au milieu des années 1990 a déclenché une riposte nationale comprenant notamment la réduction des risques (y compris la substitution des opiacés et l'échange de seringues), le dépistage gratuit du VIH, la distribution de préservatifs et l'éducation des détenus.<sup>121</sup> En collaboration avec l'ONUSIDA, ce programme a été élargi pour intégrer la prévention de la tuberculose, le dépistage intensif ainsi que le diagnostic et le traitement par les pairs détenus et le personnel pénitentiaire. Le programme contribue également à assurer la continuité des soins entre les prisons et la communauté. Il a augmenté la couverture du dépistage du VIH et du traitement antirétroviral, renforcé l'observance du traitement et amélioré le dépistage de la tuberculose, le diagnostic et l'achèvement du traitement. Les taux de TB parmi les détenus étaient 30 fois plus élevés que dans la population globale.<sup>122</sup>
100. *Services intégrés TB/VIH pour les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays.* Dans les camps de réfugiés de Mahama Kiziba et de Kigeme, le Rwanda tâche de fournir aux réfugiés et aux demandeurs d'asile un niveau de services de lutte contre la tuberculose et le VIH comparable à celui des ressortissants nationaux. Les

agents de santé communautaires effectuent régulièrement des dépistages de la tuberculose au porte-à-porte dans toute la communauté (tous les six mois). Le HCR et ses partenaires de mise en œuvre, en collaboration avec les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH et les équipes hospitalières de district, assurent un approvisionnement régulier en médicaments et en matériel de diagnostic ainsi qu'une surveillance et un contrôle conjoints des services. Tous les réfugiés peuvent avoir accès aux services antituberculeux dans le cadre du programme national de lutte contre la tuberculose. À l'heure actuelle, seuls les réfugiés congolais peuvent accéder aux services liés au VIH par le biais du programme national. Cependant, des discussions sont en cours pour élargir l'accès des réfugiés burundais aux services antituberculeux, ces réfugiés bénéficiant actuellement du soutien parallèle fourni grâce à une subvention d'urgence du Fonds mondial.<sup>123</sup>

101. Dans trois États du Nord-Est du Nigeria (Adamawa, Gombe et Yobe), l'insurrection de Boko Haram a entraîné le déplacement de près de 300 000 personnes qui ont trouvé refuge dans 25 camps et camps improvisés. L'accès inadéquat aux services de santé, les mauvaises conditions de logement, le surpeuplement, la malnutrition et les taux élevés de VIH augmentent la transmission de la tuberculose et de maladies. Grâce à la formation de volontaires communautaires, à l'engagement des dirigeants communautaires et des responsables du camp, à l'amélioration du dépistage, au transport de spécimens et au test Xpert TB/RIF, 220 204 personnes déplacées dans leur propre pays ont été soumises à un test de dépistage de la tuberculose, 16 610 (8 %) ont été identifiées comme présumées atteintes de la tuberculose et 948 (6 %) ont été diagnostiqués comme ayant la tuberculose. 147 autres cas de TB ont été diagnostiqués chez des enfants. Un peu plus de 2 000 contacts ont fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose, 56 (3 %) étant effectivement atteints de tuberculose. Les personnes déplacées dans leur propre pays se sont également vu proposer des tests de dépistage du VIH, 215 (1 %) des 22 596 personnes étant séropositives.<sup>124</sup>

#### Pilier 2 : Politiques audacieuses et systèmes de soutien

102. La mise en œuvre d'activités conjointes tuberculose/VIH doit être soutenue par une coordination nationale et infranationale afin d'assurer la mise en place d'une politique fondée sur des données probantes, l'établissement de priorités, l'utilisation efficace des ressources, la fourniture d'une assistance technique, un suivi efficace des activités et une intensification réussie des interventions dans le cadre de la couverture santé universelle. Favoriser un environnement qui encourage une action conjointe contre la tuberculose et le VIH est nécessaire afin de garantir une prestation de services de qualité, intégrée et centrée sur le client. La clé de la programmation conjointe est l'engagement collectif des ressources, la mise en place d'organes de coordination conjoints fonctionnels et responsables et le renforcement du système de santé. L'engagement et la collaboration avec d'autres secteurs et activités peuvent conduire au renforcement des systèmes de santé.
103. Le financement durable de la couverture santé universelle comprend l'identification d'un financement suffisant, l'utilisation équitable et efficace des ressources, la gestion financière et la reddition de comptes. La note conceptuelle unique pour le financement du Fonds mondial a montré l'utilité d'une collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH pour l'identification du financement national. Les États membres devraient être encouragés à s'orienter vers un financement national accru des services de santé et à identifier les atouts du système de santé pour améliorer les soins et les performances.
104. Les mécanismes de financement tels que la politique relative aux conditions opérationnelles difficiles du Fonds mondial et les mécanismes de financement d'urgence

offrent des mécanismes de financement souples et alternatifs tels que la reprogrammation des subventions nationales et des fonds supplémentaires pour aider les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH à répondre aux besoins inattendus des réfugiés et des personnes déplacées et à assurer la continuité des soins.

105. *Une approche intégrée du système de santé pour le financement national.* La stratégie nationale estonienne pour le VIH 2006-2015 visait à intégrer la prestation multisectorielle des services de lutte contre le VIH et la tuberculose dans les ministères de la Santé, des Affaires sociales, de l'Éducation et des Sciences, de la Justice et de la Défense. Malgré les crises financières de 2008-2009, l'Estonie a pu s'assurer que l'engagement financier du gouvernement était en place pour reprendre les activités financées par le Fonds mondial.
106. La coordination entre toutes les parties prenantes, un engagement politique de haut niveau et un plan de transition complet et budgétisé ont été les facteurs clés du succès de la transition entre financement externe et financement interne. L'intégration de la prestation de services fondée sur une approche par groupe cible au lieu des approches verticales des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH était cruciale pour garantir une allocation et une utilisation efficaces des ressources.<sup>125</sup>
107. La République islamique d'Iran a également réussi à intégrer les services de lutte contre la tuberculose et le VIH dans la population générale en veillant à ce que l'infrastructure appropriée (ressources humaines, équipement, communication interministérielle) soit en place pour assurer une prestation de services optimale. La mise à jour des directives en matière de soins et de traitement, la formation des agents de santé, le développement des systèmes et des logiciels d'enregistrement et de notification, la coordination entre les services TB et VIH et la fourniture de services de diagnostic pour la TB et le VIH sont les principales activités ayant permis la réussite<sup>126</sup> de l'intégration.
108. *Orientations politiques nationales et internationales.* En 2013, le ministère de la Santé de la République de Biélorussie a publié un règlement rendant obligatoire la prestation de services de soins antituberculeux aux personnes vivant avec le VIH. En 2016, 98 % des patients tuberculeux étaient au courant de leur statut VIH, 83 % des patients tuberculeux séropositifs recevaient un traitement antirétroviral et 100 % recevaient un traitement préventif au cotrimoxazole. La politique relative au traitement préventif à l'isoniazide et les registres TB et VIH ont été améliorés en collaboration avec les cliniciens. La mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH a été lente dans de nombreux pays où la charge de la tuberculose liée au VIH est la plus élevée, en particulier par les programmes de lutte contre le VIH.<sup>127</sup>
109. Les directives les plus récentes relatives à la planification opérationnelle du PEPFAR pour 2018 comprennent des lignes directrices détaillées sur la réduction de la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et il est prévu que ces orientations politiques conduisent dans les années à venir à un renforcement de la mise en œuvre du dépistage et du traitement préventif pour les personnes vivant avec le VIH<sup>128</sup>.
110. *Contrats sociaux des organisations non gouvernementales pour la fourniture de services.* Après le retrait du soutien du Fonds mondial de la Bulgarie, le ministère de la Santé du pays a identifié de nouveaux mécanismes pour continuer à soutenir les organisations non gouvernementales (ONG) fournissant des services aux populations clés. Le contrat social est une forme de coopération entre le gouvernement et les ONG, le gouvernement contractant l'ONG afin qu'elle fournisse des services strictement définis

présentant un intérêt d'un point de vue social. Un budget suffisant et l'élaboration en temps voulu de procédures législatives et réglementaires adéquates ont permis de conclure des contrats sociaux et d'empêcher la perturbation des services des ONG.<sup>129</sup>

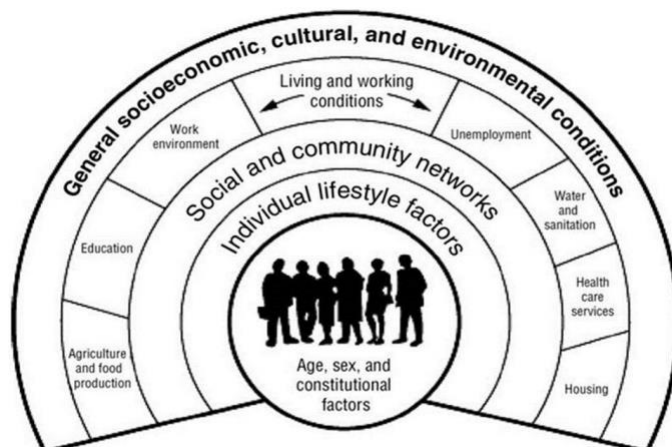
### Pilier 3 : Intensification de la recherche et de l'innovation

111. Il est urgent d'investir dans la découverte, le développement et l'adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies qui améliorent la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH. Le développement de nouveaux outils et la mise en œuvre de programmes complets de lutte contre la TB adaptés à différents environnements épidémiologiques et socio-économiques sont essentiels. Des schémas thérapeutiques préventifs antituberculeux nouveaux et plus courts et des combinaisons à dose fixe sont prometteurs pour catalyser l'intensification du traitement préventif de la tuberculose. Le déploiement de rayons X numériques, de dispositifs de dépistage de maladies multiples et le placement stratégique d'outils de diagnostic rapide de la tuberculose dans les établissements de santé VIH peuvent aider à réduire les retards dans l'accès au diagnostic et aux traitements vitaux.
112. Investir dans la recherche et le développement et atteindre des objectifs spécifiques définis au niveau national garantira qu'un financement adéquat est alloué au développement de nouvelles technologies. Le rapport du Groupe de haut niveau sur l'accès aux médicaments de l'ONU, intitulé « Promouvoir l'accès à l'innovation et l'accès aux technologies de la santé », reconnaît que le système de recherche et de développement axé sur le marché doit être dissocié du processus final des technologies de la santé. Le financement de la recherche sur la tuberculose doit augmenter pour combler le déficit de financement annuel de 1,3 milliard de dollars US. Par exemple, chaque État membre pourrait consacrer 0,1 % ou plus de ses dépenses intérieures brutes en recherche et développement à la recherche sur la tuberculose. Il serait également possible de mettre en œuvre des stratégies de financement à long terme pour assurer la durabilité des progrès et des canaux de recherche.
113. *Fournir l'accès à de nouveaux médicaments antituberculeux.* Le Réseau panukrainien des personnes vivant avec le VIH a lancé le processus de négociation pour l'enregistrement auprès des fabricants de bédaquiline et de delamanid. Après une période de négociations, les fabricants ont accepté de remplacer les distributeurs et d'enregistrer les deux médicaments en Ukraine. Dans le même temps, le Réseau a plaidé avec succès en faveur de l'inclusion de la bédaquiline et du delamanid dans la liste des médicaments à acheter pour le budget national de 2018. L'action du réseau communautaire a contribué à accélérer la mise en place d'innovations qui élargiront les options de traitement de la TB et de la TB-MR.

#### IV. LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE VIH PEUVENT-ILS COLLABORER ENTRE SECTEURS POUR S'ATTAQUER AUX DÉTERMINANTS SOCIAUX ET STRUCTURELS RESPONSABLES DES ÉPIDÉMIES ET ATTEINDRE L'ODD 3 DANS LE CONTEXTE DE L'AGENDA PLUS LARGE DES ODD ?

##### S'attaquer aux facteurs socio-économiques et structurels responsables des épidémies de VIH et de tuberculose

114. Les services de santé ont une capacité limitée à traiter directement les déterminants sociaux de la santé. Cependant, la santé de la population ne sera pas améliorée par la seule prestation de services de santé, un effort concerté étant également nécessaire pour s'attaquer aux déterminants sociaux et structurels de la santé. Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH peuvent mieux lutter contre les moteurs communs des épidémies grâce à un effort de collaboration.



115. Une programmation et une mise en œuvre tenant compte des sexes et fondées sur les droits de l'homme sont essentielles pour garantir la disponibilité et l'accessibilité de services de lutte contre la tuberculose et le VIH de qualité à tous, en particulier les populations clés et vulnérables. Il faut améliorer la collecte de données sur les déterminants sociaux de la tuberculose et du VIH et d'autres facteurs de risque qui rendent les personnes vulnérables à la tuberculose et au VIH ou qui réduisent leur accès aux soins. La ventilation des données par sexe, groupe d'âge, populations clés et, le cas échéant, statut de réfugié et de migrant est requise pour s'assurer que les services sont conçus pour atteindre les populations clés et satisfaire leurs besoins.

116. Les stratégies de réduction de la pauvreté et les systèmes de protection sociale amélioreront l'accès aux services de santé, réduiront la transmission de la tuberculose et du VIH et minimiseront l'impact de la maladie. Les politiques économiques et de santé publique doivent intégrer des interventions de protection sociale pour réduire la dénutrition et l'insécurité alimentaire, améliorer l'éducation, améliorer les conditions de vie et de travail et promouvoir des régimes alimentaires et des modes de vie sains notamment en assurant des interventions de soutien alimentaire et nutritionnel.

117. Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH peuvent collaborer avec d'autres programmes de santé, sécurité alimentaire et nutrition, réduction de la pauvreté, logement, emploi et autres pour plaider en faveur de meilleures conditions de vie et de travail. Des interventions visant à accroître la protection sociale, les moyens de subsistance ou l'effet des rénovations urbaines peuvent également contribuer à réduire l'impact de la tuberculose associée au VIH. S'attaquer à la dénutrition peut renforcer l'immunité et améliorer le bien-être des personnes et leur contribution active aux activités sociales et économiques.<sup>130</sup>

118. L'amélioration de la liaison avec les soins, la rétention des patients et l'observance du traitement améliorent la santé (taux de morbidité, de mortalité, de pharmacorésistance et de transmission plus faibles) et la rentabilité (coûts réduits et productivité accrue). La plus grande perte en termes de suivi des soins du VIH se produit avant de commencer le traitement. Une mauvaise observance du TAR affaiblit la suppression virale, ce qui peut

également entraîner un risque accru de pharmacorésistance, de transmission de la pharmacorésistance et d'escalade des coûts de traitement. L'insécurité alimentaire s'est révélée être un obstacle majeur à la fois à l'observance du traitement antirétroviral et aux soins chez les personnes vivant avec le VIH.<sup>131</sup>

119. *Connaître vos droits liés à la tuberculose.* La sensibilisation aux droits liés à la tuberculose, à savoir aider les personnes à connaître leurs droits en matière de santé, les droits prévus par la loi nationale, leurs droits de l'homme et leurs droits en tant que patients en matière de TB, peut s'inscrire dans le cadre de campagnes d'information plus larges ou d'activités de renforcement des systèmes communautaires ou peut être davantage ciblée. La sensibilisation aux droits peut être cruciale, en particulier pour les populations marginalisées déjà prédisposées à la discrimination et à l'exclusion et ne disposant pas d'un bon accès aux sources d'information traditionnelles. Les programmes relatifs aux droits des patients peuvent également être combinés efficacement avec la formation des agents de santé à la non-discrimination, aux questions de genre, à la confidentialité et au consentement éclairé. Les agents de santé, les mineurs, le personnel pénitentiaire et d'autres personnes susceptibles d'être exposées à la tuberculose sur le lieu de travail peuvent également bénéficier de programmes de sensibilisation à leurs droits.
120. *Services juridiques liés à la tuberculose.* Même si les gens connaissent leurs droits, ils peuvent ne pas être en mesure de les faire valoir sans l'aide de professionnels juridiques ou parajuridiques. Dans certaines circonstances, l'accès à l'assistance juridique peut être le moyen le plus direct et le plus efficace pour les personnes marginalisées d'accéder aux services antituberculeux ou d'être protégées contre le traitement obligatoire ou l'isolement involontaire ou de lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Des conseils ou des services juridiques communautaires ou assurés par des pairs peuvent être particulièrement efficaces.
121. Au Mozambique, l'ONG Namati mobilise des avocats et forme des parajuristes pour travailler avec les leaders communautaires et les comités de santé afin d'améliorer l'accès aux services de santé, y compris les services antituberculeux. Cette approche a permis d'apporter des solutions juridiques aux patients atteints de VIH et de tuberculose, de remédier aux mauvaises conditions d'hygiène dans les établissements de santé, d'établir des services mobiles pour certaines populations éloignées et de réduire le temps d'attente des patients gravement malades.<sup>132</sup>
122. *Suivi et réforme des politiques, des réglementations et des lois qui entravent les services antituberculeux.* Les politiques et les lois peuvent entraver l'accès aux services antituberculeux et peuvent être contestées de diverses manières, par exemple par le biais de plaidoyers, de mobilisations communautaires, d'activités de sensibilisation et de poursuites. Les problèmes pouvant être résolus comprennent :
  - La lutte contre l'isolement involontaire, le traitement forcé ou obligatoire ;
  - La prise en charge des populations nomades telles que les réfugiés et autres migrants ;
  - Les sanctions pénales, en particulier l'emprisonnement, prononcées en cas de consommation de drogues, de possession de drogues par un mineur et de possession d'articles utilisés pour la consommation de drogues. Les personnes qui consomment régulièrement des drogues présentent un risque élevé de détention et peuvent rechigner à utiliser les services de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination ;
  - L'amélioration des politiques et des lois relatives au lieu de travail et à l'emploi ; et
  - L'amélioration des conditions et des politiques pénitentiaires.



L'évaluation de l'environnement juridique national entourant la tuberculose est un moyen utile d'identifier et de réformer les politiques, réglementations et lois qui entravent les services antituberculeux.<sup>133</sup>

123. *Isolement involontaire* Dans plusieurs pays, les lois ou les règlements de santé publique prévoient la détention obligatoire, l'isolement ou d'autres sanctions pour les personnes qui refusent un traitement antituberculeux ou dont on a perdu la trace. Ces pratiques créent des obstacles à l'accès aux services de santé et peuvent constituer des violations des droits de l'homme.<sup>134</sup> Elles contreviennent également aux Principes de Syracuse qui précisent que les individus doivent être traités dans le respect de leur dignité, de leurs droits de l'homme et de leurs libertés fondamentales.
124. Lorsque les patients sont pris en charge avec respect et avec leur consentement éclairé, il est rare qu'ils soient réticents à suivre un traitement. Les directives de l'OMS prévoient que la détention « ne devrait jamais être une composante habituelle » des programmes antituberculeux. Dans de rares cas, si un patient refuse les soins ou la poursuite des soins après que tous les « efforts raisonnables » ont été déployés, un isolement involontaire « soigneusement limité », utilisant les moyens les moins restrictifs possibles, peut être justifié en dernier recours.<sup>135</sup> L'isolement ne doit pas être utilisé comme une forme de punition, et toute personne qui y est soumise doit avoir été préalablement informée de sa détention.
125. En 2010, dans le district de Nandi, au Kenya, dans une action intentée par le responsable de la santé publique, deux hommes ont été reconnus coupables et condamnés à huit mois de prison pour non-respect du traitement antituberculeux. En prison, ils ont vécu dans des conditions qui ne pouvaient qu'exacerber leur maladie, notamment le surpeuplement et une mauvaise alimentation. Ils ont été libérés après 46 jours avec l'aide d'organisations de la société civile. L'ONG kenyane KELIN a déposé une requête auprès de la Haute Cour pour contester la pratique de l'emprisonnement en tant que punition dans de tels cas.
126. La décision de la Haute Cour de mars 2016 a reconnu que la détention peut être justifiée pour protéger la santé publique, mais que la détention ne devrait pas avoir lieu dans une prison parce que, entre autres choses, elle a vocation à faire office de traitement et non de punition. La Cour a refusé d'accorder des dommages-intérêts aux plaignants pour leur emprisonnement, mais elle a ordonné l'élaboration d'une politique sur l'isolement en matière de santé.<sup>136</sup> La décision de la Cour a été qualifiée de « changement des règles du jeu » par KELIN et d'étape importante vers des pratiques plus axées sur les droits et centrées sur le patient en matière d'isolement lié à la TB.<sup>137</sup>
127. Dans plusieurs autres cas, les cours d'appel ont confirmé les droits des personnes vivant avec la tuberculose. Plus particulièrement en Afrique du Sud, la Haute Cour a autorisé un recours collectif intenté par des mineurs atteints de TB pour poursuivre l'industrie minière, donnant aux mineurs la possibilité d'obtenir réparation au titre d'une violation de leurs droits. Dans un autre cas, la Cour constitutionnelle du pays a reconnu que la négligence du Département des services correctionnels avait exposé les détenus à un risque accru de tuberculose.<sup>138</sup><sup>139</sup> Plus récemment, la Haute Cour du Kenya a estimé que l'incarcération de deux personnes atteintes de tuberculose qui avaient cessé de suivre leur traitement était inconstitutionnelle.<sup>140</sup>
128. *Amélioration de la prévention, du traitement et des soins de la tuberculose dans les prisons et autres lieux de détention.* La formation du personnel médical pénitentiaire, des gardiens, des autres membres du personnel pénitentiaire et des éducateurs pairs à la prévention, au traitement et aux soins de base contre la tuberculose et le VIH peut être efficace. La coordination des soins pénitentiaires dans les prisons et la continuité des

soins après la libération dans la communauté peuvent être les clés permettant aux personnes sous la garde de l'État de commencer un traitement antituberculeux sans crainte d'interruption une fois transférées ou libérées. Les approches fondées sur les pairs et centrées sur le patient devraient être encouragées en prison comme dans d'autres contextes.<sup>141</sup>

129. *Sensibilisation des législateurs, des magistrats et des agents d'application de la loi.* Comme indiqué ci-dessus dans les exemples du Kenya et de l'Afrique du Sud, les tribunaux peuvent jouer un rôle important dans la protection et l'exercice des droits des patients tuberculeux et des soignants. La formation de la police, des juges et d'autres membres des forces de l'ordre et du personnel judiciaire peut s'avérer être une activité essentielle pour assurer l'efficacité et l'utilisation des services de lutte antituberculeuse. Comme dans le cas du VIH, la formation de la police sera probablement mieux reçue si elle comprend des informations pratiques sur la façon dont la police peut se protéger contre la tuberculose sur son lieu de travail.
130. *Formation des prestataires de soins de santé aux droits de l'homme et à l'éthique en matière de tuberculose.* Bien que l'on puisse s'attendre à ce que les agents de santé soient des modèles pour la communauté eu égard au respect des droits des personnes touchées ou à risque d'être touchées par la TB, ce n'est pas toujours le cas. Les agents de santé peuvent avoir besoin de soutien pour surmonter leur stigmatisation et leurs craintes de contracter la tuberculose, ainsi que pour apprécier l'importance de la fourniture non discriminatoire de soins de santé, du consentement éclairé, de la confidentialité et de la vie privée, des soins centrés sur le patient et d'une participation significative des patients dans la prise de décision concernant leurs soins.
131. La formation est une stratégie permettant d'améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des agents de santé. Elle peut être combinée avec l'intégration des éléments relatifs aux droits de l'homme et à l'éthique dans les évaluations des performances ou d'autres mesures incitatives, ainsi qu'avec les activités de sensibilisation aux droits des patients. Il est peu probable que la formation soit efficace si les agents de santé ont l'impression d'avoir un approvisionnement inadéquat en médicaments ou diagnostics ou un soutien insuffisant sur leur lieu de travail ou s'ils estiment que leurs droits à la vie privée et à la confidentialité sont insuffisamment protégés.<sup>142</sup>
132. Assurer la confidentialité et le respect de la vie privée : Sur les lieux de travail, dans les établissements de santé, dans les établissements d'enseignement et à d'autres niveaux, des mesures peuvent être prises pour réformer les politiques, pratiques et lois qui sapent la confidentialité et la vie privée en ce qui concerne la tuberculose.
133. Atteindre l'égalité et l'équité des sexes : Comprendre les obstacles contextuels à la fourniture de services liés au genre peut aider à identifier des solutions et garantir un accès égal.<sup>143</sup> L'outil d'évaluation de la dimension du genre en matière de VIH/TB de l'ONUSIDA et Stop TB Partnership <sup>144</sup> vise à aider les pays à évaluer leurs épidémies de VIH et de tuberculose, leur contexte et leur riposte dans une perspective de genre. Les résultats de l'évaluation devraient être utilisés pour guider l'élaboration de plans nationaux et d'initiatives d'investissement sensibles au genre.
134. Les processus d'évaluation de la dimension du genre doivent inclure toutes les parties prenantes, y compris la société civile et les communautés, pour assurer la collecte systématique de données ventilées par sexe pouvant éclairer la sensibilisation ciblée d'hommes et de femmes, la formation des agents de santé et le renforcement des systèmes de santé. Les évaluations axées sur le genre peuvent mettre en évidence des

réglementations, des lois et des politiques ainsi que des pratiques de programme qui ne prennent pas en compte les facteurs de risque liés au genre.

135. Si les heures de travail des hommes (ou des femmes) entravent la recherche de services de santé, des mesures utiles peuvent comprendre des services mobiles, des budgets accrus permettant de prolonger les heures de service des installations fixes et des actions de sensibilisation des leaders communautaires, de groupes d'hommes et de femmes et autres à l'importance de l'accès aux services pour tous. Si les hommes ont tendance à ne pas utiliser les établissements de soins de santé primaires parce qu'ils sont perçus comme destinés aux femmes et aux enfants, une sensibilisation ciblée pourrait par exemple changer les attitudes. Si les hommes sont désavantagés, par exemple en tant que travailleurs migrants, s'ils sont exposés à la poussière sur leur lieu de travail ou s'ils consomment des substances, alors un plaidoyer et l'extension ciblée des services adaptés aux hommes peuvent aider. Dans les zones où le VIH est endémique, les services de lutte antituberculeuse et des informations devraient être mis à la disposition des femmes qui cherchent à obtenir des soins et une assistance pour prévenir la transmission verticale du VIH.
136. *Réduction de la stigmatisation et de la discrimination.* Les stigmates entourant la tuberculose et le VIH sont complexes et souvent cumulatifs et devraient être traités ensemble par la sensibilisation, l'intégration des services TB et VIH au niveau des établissements via des agents de santé formés pour comprendre les préjugés et les droits de l'homme inhérents aux deux maladies, le soutien au maintien du traitement et le soutien aux entités gouvernementales et communautaires qui peuvent documenter les violations des droits de l'homme dans cette population doublement touchée ainsi que les mécanismes de plainte et de réparation efficaces.<sup>145</sup>
137. Des progrès considérables ont été réalisés à l'échelle mondiale dans la définition et la mesure de la stigmatisation liée au VIH et à la tuberculose, mais les recherches et les données de qualité sont encore insuffisantes pour permettre aux interventions de réduire la stigmatisation. Il est encourageant de constater que les quelques interventions évaluées ont eu un impact positif sur la réduction de certaines formes de stigmatisation.<sup>146 147</sup> Cependant, des fonds sont nécessaires pour mener des recherches de qualité sur les interventions visant à réduire la stigmatisation et ses effets négatifs sur la riposte au VIH et à la tuberculose, comme le test mené sur la stigmatisation du VIH et de la tuberculose chez les agents de santé (HaTSaH) dans la province de l'État libre en Afrique du Sud. Les communautés et les agents de santé touchés doivent être habilités à surmonter la stigmatisation et la discrimination qui les empêchent d'atteindre les personnes actuellement laissées pour compte.<sup>148</sup>
138. Des recherches et des investissements supplémentaires sont nécessaires pour mesurer l'impact de la stigmatisation et de la discrimination et, plus important encore, il convient de se doter de moyens significatifs de réduction de la stigmatisation dans les services, sur les lieux de travail et au sein des communautés. Les domaines clés pour la recherche future sont :
  - *Mesure de la stigmatisation et de la discrimination.* Les indices et outils de stigmatisation peuvent évaluer le type et le niveau de stigmatisation liée à la TB dans une population ou un contexte donné. Ces données sont cruciales pour élaborer des mesures antistigmatisation efficaces.
  - *Lutte contre la stigmatisation et la discrimination au sein de la communauté et sur le lieu de travail.* La fourniture d'informations de base objectives sur la tuberculose, accessibles au grand public et aux employeurs et employés, est nécessaire pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination sur le lieu de travail. Cela peut aider à déstigmatiser les personnes vulnérables ou affectées par la maladie, à habiliter les patients et leurs communautés à connaître leurs droits, à garantir

l'accès aux services pour tous et à empêcher les personnes de perdre leur emploi en raison de la tuberculose ou du VIH. Les médias de masse ou d'autres activités de sensibilisation peuvent aider à lutter contre la stigmatisation au sein de la communauté ou sur le lieu de travail.

- *Lutte contre la stigmatisation dans les établissements de santé.* Il existe des programmes permettant d'aider les agents de santé à comprendre et à répondre à leurs propres préoccupations concernant les risques de tuberculose au travail ainsi que les attitudes stigmatisantes envers les patients.<sup>149</sup> Assurer la confidentialité et la vie privée des patients atteints de tuberculose est un élément important de la réduction de la stigmatisation dans les établissements de santé et favorise le recours aux services de santé par les personnes qui en ont besoin.<sup>150</sup>
- *Lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans l'éducation.* La stigmatisation liée à la tuberculose peut conduire à la discrimination et à l'exclusion en matière d'éducation ;<sup>151</sup> il a été démontré que les programmes d'information en milieu scolaire ont été efficaces dans certains contextes.<sup>152</sup>

139. Mobiliser et habiliter les groupes de patients et groupes communautaires : La participation significative des individus à la prise de décision concernant les politiques et les programmes de santé qui les concernent fait partie intégrante du droit à la santé. Comme c'est le cas pour de nombreux services de santé, les services de lutte contre la tuberculose ont généralement été fournis de manière descendante.<sup>153</sup> Les lignes directrices mondiales soulignent que les meilleurs résultats sont obtenus lorsque les personnes sont habilitées à participer de manière significative à la prévention, au diagnostic et au traitement de la tuberculose, lorsqu'elles connaissent leurs droits en tant que patients et lorsqu'elles peuvent jouer un rôle de « gardien » du suivi de la qualité et de la portée des services.<sup>154</sup>
140. Voici des exemples de mesures fructueuses adoptées dans un certain nombre de pays : a) soutien aux groupes de patients pairs, b) renforcement des capacités permettant aux personnes, y compris les hommes, les femmes et les jeunes, de jouer un rôle actif dans l'identification et la lutte contre les risques de tuberculose, (c) création de plateformes de participation formelle des patients et des groupes de patients à la prise de décision en matière de santé, (d) renforcement de la capacité de plaidoyer des patients tuberculeux actuels et anciens, et (e) renforcement des capacités et des opportunités des comités de santé communautaires ou des groupes de patients atteints de tuberculose pour surveiller la qualité des services antituberculeux au sein de leurs communautés et en rendre compte.
141. L'interface entre les services de santé et les communautés affectées doit moins constituer un obstacle à l'accès aux soins et être adaptée aux besoins des personnes actuellement laissées pour compte par les services de santé et autres. Les éducateurs pairs, les travailleurs communautaires qui répondent aux besoins des populations clés telles que les travailleurs du sexe, les prisonniers, les mineurs, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les toxicomanes, les agents de santé communautaires et les activistes de santé communautaires peuvent aider à réduire les obstacles à l'accès aux services et réduire les délais de diagnostic et de traitement.
142. Les programmes des agents de santé communautaires et les organisations communautaires doivent être renforcés, soutenus et financés pour trouver les « millions » de personnes vivant avec le VIH et la tuberculose qui ne savent pas qu'ils peuvent bénéficier du TAR, du traitement antituberculeux ou du traitement préventif de la tuberculose.
143. Les organisations communautaires, les organisations de populations touchées et les leaders communautaires doivent recevoir la formation et les ressources dont ils ont

besoin pour soutenir le dépistage communautaire, la liaison avec les soins, l'observance du traitement et la rétention des patients. Ils doivent également participer à la planification, au suivi et à l'évaluation de la prestation des services et sont un partenaire essentiel dans la recherche communautaire.

144. Un engagement significatif des communautés affectées et des populations clés est essentiel. Cela va au-delà de la prestation de services communautaires et inclut le plaidoyer, l'activisme et la responsabilisation, ainsi que la participation à la planification, au suivi et à l'évaluation de la prestation des services et à la recherche communautaire : « rien pour nous sans nous ». Des politiques nationales de lutte contre le VIH et la tuberculose intégrant les populations clés contribueront à garantir l'accès aux services de ces populations vulnérables.
145. Les mesures qui habilitent et permettent aux réfugiés, aux migrants et aux personnes déplacées de s'impliquer dans la planification, l'évaluation, la mise en œuvre et le suivi des programmes faciliteront la conception de programmes acceptables, appropriés, durables et culturellement adaptés.
146. Les stratégies qui reconnaissent les besoins des populations déplacées et des populations migrantes touchées par le conflit, dans des contextes fragiles ou d'urgence, et répondent à ces besoins, favoriseront la liaison avec les soins et la rétention des patients, tout en évitant les pratiques discriminatoires. Ces stratégies comprennent des fournisseurs de services linguistiques parlant la même langue et culturellement compétents, des supports de communication adaptés à des niveaux d'alphabétisation plus faibles et dans différentes langues si nécessaire, la promotion de la sécurité alimentaire et la prévention de la discrimination en raison d'un statut juridique incertain ou d'autres facteurs. La nature de la mobilité des réfugiés et des migrants signifie également qu'une collaboration multinationale et transfrontalière est nécessaire pour améliorer le dépistage de cas de tuberculose et de VIH et les résultats de la lutte contre ces maladies.
147. Une meilleure compréhension et une meilleure réponse aux déterminants de la santé chez les peuples autochtones sont nécessaires pour adapter les services à leurs besoins. Les peuples autochtones vivent souvent dans des sociétés où il est difficile de faire entendre ses opinions politiques. Pour promouvoir la cohérence et la programmation conjointe, il faut une dynamique politique adéquate aux niveaux mondial et national, des dialogues et des programmes entre les peuples autochtones, les gouvernements nationaux et les Nations Unies.
148. *Stratégie de développement communautaire pour soutenir le plaidoyer en Ukraine.* En janvier 2018, le Réseau panukrainien des personnes vivant avec le VIH a collaboré avec « Light of Hope » afin de renforcer les capacités de plaidoyer et les compétences des leaders communautaires de la tuberculose. Les leaders communautaires de la tuberculose sont inclus dans les organes consultatifs intervenant dans la prise de décision gouvernementale au niveau local, et participent notamment aux discussions sur l'allocation du budget. La campagne d'information comprend la promotion de modèles centrés sur le patient pour le traitement de toutes les formes de tuberculose. La communauté antituberculeuse est devenue un catalyseur de changement pour surmonter l'épidémie de tuberculose en Ukraine.
149. *Développement d'une boîte à outils de formation et de plaidoyer pour l'Afrique australe afin de soutenir les six I dans la lutte contre le VIH et la TB.* L'OMS, l'AIDS and Rights Alliance for Southern Africa (ARASA) et des organisations partenaires issues de sept pays de la région ont développé des supports de formation et de plaidoyer pour soutenir la mise en œuvre des six I dans la lutte contre le VIH et la tuberculose (contrôle des

Infections, Intensification du dépistage de cas, traitement préventif à l'Isoniazide, Intégration TB/VIH, Initiation au traitement antirétroviral et Implication de la communauté). La boîte à outils fournit des supports de formation et de plaidoyer accessibles et fondés sur des données probantes couvrant tous les six I. Le Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS a signalé que la mise en œuvre d'une approche conviviale en matière de formation avec les membres de la communauté et les agents de santé s'était avérée positive.

## V. LA VOIE À SUIVRE

150. Des progrès significatifs ont été accomplis dans la réduction de l'impact de la tuberculose associée au VIH depuis 2008, mais les recommandations du premier segment thématique du CCP sur la tuberculose subsistent encore aujourd'hui (voir le paragraphe 18 ci-dessus).
151. À court terme, nous devons faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH ne meurent plus de la tuberculose. Nous disposons de données et d'outils efficaces pour prévenir la plupart des décès, mais ils ne sont pas mis en œuvre assez rapidement pour atteindre les personnes qui en ont le plus besoin. Les pays ayant une lourde charge de tuberculose associée au VIH doivent intensifier rapidement les activités conjointes de lutte contre la TB et le VIH définies dans la politique de l'OMS. Un dépistage précoce et fréquent de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH nouvellement diagnostiquées ainsi qu'un traitement antirétroviral et un traitement antituberculeux ou un traitement antituberculeux préventif doivent être effectués dès que possible après le diagnostic. Nous devons réduire le délai moyen entre le diagnostic et le traitement à quelques minutes plutôt qu'à quelques mois. Ceci est essentiel pour réduire la morbidité, la mortalité (en particulier chez les nourrissons) et la transmission du VIH et de la tuberculose à d'autres.
152. La Déclaration politique des Nations Unies de 2016 fixe des objectifs visant à ce que 90 % de l'ensemble des personnes atteintes de tuberculose bénéficient d'un traitement préventif ou thérapeutique et à ce que le traitement de 90 % de l'ensemble des personnes diagnostiquées soit une réussite, et établit le cadre de la contribution de la communauté VIH à la réduction de la charge de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. Toutes les personnes vivant avec le VIH nouvellement diagnostiquées doivent se soumettre à un dépistage complet de la tuberculose et commencer un traitement antituberculeux si elles sont atteintes d'une tuberculose active ou un traitement antituberculeux préventif s'il n'y a aucun signe ou symptôme suggérant une tuberculose active. Tous les adultes et les enfants vivant avec le VIH nouvellement diagnostiqués (100 %) devraient suivre un traitement antirétroviral et soit un traitement antituberculeux soit un traitement antituberculeux préventif.
153. Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH devraient coordonner leurs efforts pour « trouver les millions manquants » en :
  - informant et mobilisant les populations clés sur leur risque accru de tuberculose et de VIH et facilitant un meilleur accès à des services de lutte contre la tuberculose et le VIH axés sur le client ;
  - intégrant la prestation de services de lutte contre la tuberculose et le VIH pour les populations clés à l'aide d'un modèle de « guichet unique » ;
  - reconfigurant les services de santé pour mieux répondre aux besoins des communautés laissées pour compte en matière de riposte au VIH et à la tuberculose en rendant les heures d'ouverture plus souples, en formant les agents de santé aux besoins des populations clés de la tuberculose et du VIH, en sensibilisant les communautés aux taux élevés de tuberculose et VIH, en

- recherchant des contacts, en procédant au dépistage des cas index et au dépistage des ménages ;
- identifiant les ménages et les communautés vulnérables pour guider les activités communautaires de dépistage par le biais de cas index du VIH et de la tuberculose. Les vulnérabilités à la maladie et à une mauvaise santé se chevauchent souvent dans des endroits et au sein de populations en marge de la société, où l'accès aux services est médiocre. Les campagnes de dépistage multidisciplinaires peuvent être adaptées aux principales causes de la vulnérabilité, de la morbidité et de la mortalité dans chaque communauté, et les coûts peuvent être partagés entre les programmes sanitaires, sociaux et éducatifs.
154. Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH doivent promouvoir ensemble l'engagement politique nécessaire pour construire les composantes de la CSU : un financement durable de la santé, une gouvernance des systèmes de santé, des agents de santé, des médicaments et produits de santé essentiels, des statistiques sanitaires et des systèmes d'information, et une prestation de services de qualité. Toutes ces composantes sont nécessaires afin d'assurer une riposte globale efficace à la tuberculose associée au VIH permettant d'atteindre l'objectif d'une réduction de 75 % des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2020.
155. L'accès équitable à et l'adoption universelle de nouveaux outils de lutte contre la tuberculose et le VIH (médicaments, diagnostics, vaccins) devraient être facilités pour faire en sorte que le coût ne soit pas un obstacle à l'accès à des diagnostics et traitements de qualité. Il convient d'aligner et d'harmoniser les voies réglementaires afin d'accélérer l'adoption et la mise en œuvre de nouveaux outils pour diagnostiquer, prévenir et traiter la tuberculose et le VIH, notamment en utilisant les facilités prévues par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce.
156. À plus long terme, les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH doivent collaborer pour mettre en place des systèmes de santé robustes, s'attaquer aux déterminants sociaux et structurels de la tuberculose et du VIH et identifier de nouvelles ressources et de nouveaux modèles de financement pour la recherche de meilleurs outils visant à prévenir, diagnostiquer et traiter la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.
157. Le Programme commun de l'ONUSIDA doit élaborer des directives claires à l'intention des pays sur la manière de mesurer, surveiller et réduire l'impact de la stigmatisation et de la discrimination liées à la tuberculose et au VIH dans les soins de santé, sur le lieu de travail et au sein des communautés. Les lois et les pratiques discriminatoires affectant les personnes atteintes de la tuberculose ou du VIH doivent être éliminées, et les lois, les politiques et les pratiques qui permettent l'accès aux services doivent être encouragées.
158. Les décideurs politiques et les prestataires de soins de santé doivent transformer la riposte standard à la tuberculose et au VIH pour la rendre équitable, fondée sur les droits, non discriminatoire, sexospécifique et centrée sur les personnes, non seulement dans les établissements de santé mais aussi sur les lieux de travail, dans les écoles, en prison et autres lieux de détention, dans le but ultime de parvenir à une couverture sanitaire universelle, afin de protéger les populations contre les dépenses de santé potentiellement exorbitantes causées par le VIH, la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante.
159. La collaboration entre les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose est nécessaire pour traiter les déterminants sociaux et structurels communs de la maladie.

Des synergies peuvent être réalisées via une collaboration entre les deux types de programme par exemple pour améliorer la santé scolaire et pénitentiaire, réduire les risques des consommateurs de drogues, améliorer la santé des agents de santé sur leur lieu de travail, renforcer les services de sensibilisation des populations mobiles, favoriser la protection sociale et le soutien nutritionnel, et promouvoir la génération de revenus.

160. Il convient de garantir un investissement durable dans des services de santé vitaux via l'établissement de priorités, l'obtention de gains de productivité et l'innovation. Les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose doivent développer de solides arguments en faveur de l'investissement national dans des programmes efficaces de lutte contre le VIH et la tuberculose qui assurent un bon retour sur investissement. La santé n'est pas un coût mais un investissement. L'ONU estime qu'à long terme, chaque dollar US dépensé pour la tuberculose permet d'économiser jusqu'à 30 dollars US grâce à l'amélioration de la santé et à l'augmentation de la productivité.
161. Les gouvernements nationaux doivent tirer parti du secteur privé. Pour alimenter l'innovation et les nouvelles découvertes, nous avons urgemment besoin de plus de partenariats entre les gouvernements, les entreprises (en particulier les fabricants de médicaments) et les organisations de la société civile. L'objectif devrait être de développer de meilleurs schémas thérapeutiques moins toxiques qui fonctionnent plus vite que les schémas actuellement disponibles.
162. La communauté internationale doit s'engager en faveur d'un leadership mondial plus décisif et responsable. Sans responsabilité, les objectifs et les engagements ont peu de sens. Les gouvernements doivent être soutenus pour améliorer le niveau de vie. Cela implique de garantir l'accès à des aliments nutritifs, à un environnement propre, à l'éducation et à la promotion de conditions économiques saines. Grâce à la collaboration, nous pouvons mettre fin à la tuberculose et au sida d'ici à 2030.

*[Annexes sur les pages suivantes]*



## Annexe 1

### LIENS AVEC LES POLITIQUES ET LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À LA TUBERCULOSE ET À LA TUBERCULOSE ASSOCIÉE AU VIH

Les documents marqués d'un astérisque\* sont particulièrement importants ou pertinents pour la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

#### Documents de politique de l'OMS relatifs à la tuberculose associée au VIH

- [Politique de l'OMS sur les activités conjointes tuberculose/VIH \\*](#)  
Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires
- [Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH](#) Recommandations pour une approche de santé publique - Seconde édition\*
- [Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes TB/VIH : Révision 2015 \\*](#)

Ces documents sont alignés sur les indicateurs de suivi de l'ONUSIDA. L'ONUSIDA et les départements VIH et TB de l'OMS collaborent à la modélisation des estimations et à la collecte des indicateurs pertinents liés à la TB associée au VIH.

- [Utilisation du test urinaire lipoarabinomannane à écoulement latéral \(LF-LAM\) pour le diagnostic et le dépistage de la tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH](#) Mise à jour de la politique\*
- [Lignes directrices sur la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente \\*](#)
- [Travailler avec les entreprises](#) Conseils sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de la tuberculose et de la tuberculose associée au VIH sur le lieu de travail
- [Directives politiques conjointes OMS/OIT/ONUSIDA pour l'amélioration de l'accès des agents de santé aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien liés au VIH et à la tuberculose](#)
- [Extension des activités conjointes TB/VIH dans des contextes d'épidémie de VIH concentrés](#)  
Étude de cas en Inde
- [Intégrer les services conjoints de lutte contre la tuberculose et le VIH dans un package complet de soins pour les utilisateurs de drogues injectables](#) Lignes directrices unifiées
- [Orientations pour les programmes nationaux antituberculeux sur la prise en charge de la tuberculose chez les enfants](#)

#### Documents de politique de l'OMS relatifs à la détection et au diagnostic de la tuberculose

- [La radiographie thoracique dans la détection de la tuberculose](#) Résumé des recommandations actuelles de l'OMS et des orientations sur les approches programmatiques \*
- [Guide opérationnel du dépistage systématique de la tuberculose active\\*](#)
- [Utilisation du test urinaire lipoarabinomannane à écoulement latéral \(LF-LAM\) pour le diagnostic et le dépistage de la tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH](#) Mise à jour de la politique\*
- [Manuel de mise en œuvre du test Xpert MTB/RIF](#) Savoir technique et opérationnel : considérations pratiques \*
- [Dépistage systématique de la tuberculose active](#) Principes et recommandations \*
- [Recommandations pour enquêter sur les contacts des personnes atteintes de tuberculose infectieuse dans les pays à revenu faible et intermédiaire \\*](#)

- Utilisation de tests de sondes moléculaires pour la détection de la résistance à l'isoniazide et à la rifampicine \*
- [Cadre politique de la mise en œuvre du diagnostic de la tuberculose \\*](#)
- Test Xpert MTB/RIF pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire chez l'adulte et l'enfant Mise à jour de la politique

Pour d'autres publications de l'OMS sur la tuberculose et la tuberculose associée au VIH, veuillez [cliquer ici](#).

## **Publications de Stop TB Partnership sur la tuberculose associée au VIH**

- Outil d'évaluation de la dimension du genre dans les ripostes nationales au VIH et à la tuberculose
- Note relative aux populations clés : [les personnes vivant avec le VIH](#)
- Note relative aux populations clés : [les enfants](#)
- Note relative aux populations clés : [les mineurs](#)
- Note relative aux populations clés : [les prisonniers](#)
- Note relative aux populations clés : [les agents de santé](#)
- Note d'information sur la tuberculose et les droits de l'homme
- Lien vers le [groupe de travail sur la tuberculose et les droits de l'homme de Stop TB Partnership](#) [ici](#)
- Une liste complète des publications de Stop TB Partnership est disponible [ici](#)

## Notes de fin

---

<sup>1</sup> 22e réunion du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA Chiang Mai, Thaïlande 23-25 avril 2008. Décisions, recommandations et conclusions. Genève : ONUSIDA ; 2008. [http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/informationnote/2008/20080425\\_pcb\\_finaldecisions\\_fr.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/informationnote/2008/20080425_pcb_finaldecisions_fr.pdf) (consulté le 11/06/2018)

Assemblée générale des Nations Unies.

<sup>2</sup> Projet de résolution présenté par le Président de l'Assemblée générale - Champ d'application, modalités, format et organisation de la réunion de haut niveau sur la lutte contre la tuberculose Soixante-douzième session Point 127 de l'ordre du jour. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2018 <https://undocs.org/en/A/72/L.40> (consulté le 01/06/2018)

La stratégie de lutte antituberculeuse. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015.

OMS/HTM/TB/2015.19 [http://www.who.int/tb/End\\_TB\\_brochure.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1) (consulté le 30/06/2018)

La stratégie de lutte antituberculeuse. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015.

OMS/HTM/TB/2015.19 [http://www.who.int/tb/End\\_TB\\_brochure.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1) (consulté le 30/06/2018)

Le changement de paradigme :<sup>5</sup> Plan mondial pour mettre fin à la tuberculose 2016-2020.

Genève : Stop TB Partnership ; 2015.

[www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB\\_TheParadigmShift\\_2016-2020\\_StopTBPartnership.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf) (consulté le 11/06/2018)

La stratégie de lutte antituberculeuse. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015.

OMS/HTM/TB/2015.19 [http://www.who.int/tb/End\\_TB\\_brochure.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1) (consulté le 30/06/2018)

Le changement de paradigme :<sup>7</sup> Plan mondial pour mettre fin à la tuberculose 2016-2020.

Genève : Stop TB Partnership ; 2015.

[www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB\\_TheParadigmShift\\_2016-2020\\_StopTBPartnership.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf) (consulté le 11/06/2018)

Groupe de travail sur les droits de l'homme.<sup>8</sup> Genève : Stop TB Partnership ; 2018

[www.stoptb.org/global/hrtf/](http://www.stoptb.org/global/hrtf/) (consulté le 11/06/2018)

Conseils d'éthique pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte antituberculeuse.<sup>9</sup> Genève :

Organisation mondiale de la santé ; 2017. [www.who.int/tb/publications/2017/ethics-guidance/en](http://www.who.int/tb/publications/2017/ethics-guidance/en) (consulté le 11/06/2018)

Assemblée générale des Nations Unies.<sup>10</sup> Soixante-et-onzième session Point 11 de l'ordre du

jour Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 8 juin 2016 A/Res/70/266. Déclaration politique sur le VIH et le sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2016.

[www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf) (consulté le 11/06/2018)

Accélérer la riposte :<sup>11</sup> Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA ; 2016.

[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/fast-track-commitments\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_fr.pdf) (consulté le 11/06/2018)

Assemblée générale des Nations Unies.<sup>12</sup> Soixante-dixième session Transformer notre monde :

l'Agenda 2030 pour le développement durable. Points 15 et 116 de l'ordre du jour. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015 A/RES/70/1. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2015

[http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A\\_RES\\_70\\_1\\_F.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_F.pdf) (consulté le 11/06/2018)

Document de séance UNAIDS/PCB (42)/CRP3 Segment thématique sur la tuberculose Mettre fin

à la tuberculose et au sida - une riposte conjointe à l'ère des objectifs de développement durable.<sup>13</sup> Genève : ONUSIDA ; 2018. [www.unaids.org/en/whoweare/pcb](http://www.unaids.org/en/whoweare/pcb) (consulté le

11/06/2018)

<sup>14</sup> Données de l'ONUSIDA 2017. Genève : ONUSIDA ; 2017

[www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_fr.pdf) (consulté le 11/06/2018)

- <sup>15</sup> Données de l'ONUSIDA 2017. Genève : ONUSIDA ; 2017  
[www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf) (consulté le 11/06/2018)
- Accélérer la riposte :<sup>16</sup> Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA ; 2014  
[www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2686\\_WAD2014report\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_fr.pdf) (consulté le 11/06/2018)
- Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>17</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1>  
(consulté le 11/06/2018)
- <sup>18</sup> Stop TB Partnership. Le Plan mondial pour mettre fin à la tuberculose - Le changement de paradigme 2016-2020. Genève : Stop TB Partnership ; 2015.  
[www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB\\_TheParadigmShift\\_2016-2020\\_StopTbPartnership.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTbPartnership.pdf) (consulté le 11/06/2018)
- Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>19</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1>  
(consulté le 11/06/2018)
- <sup>20</sup> Rapport mondial sur la tuberculose 2017. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1>  
(consulté le 11/06/2018)
- <sup>21</sup> La stratégie de lutte antituberculeuse. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015  
OMS/HTM/TB/2015.19 [http://www.who.int/tb/End\\_TB\\_brochure.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1) (consulté le 30/06/2018)
- <sup>22</sup> Floyd K, Glaziou P, Zumla A, Raviglione M. The global tuberculosis epidemic and progress in care, prevention, and research: an overview in year 3 of the End TB era. *Lancet Respir Med.* 2018 avril ; 6 (4): 299-314.
- Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>23</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1>  
(consulté le 11/06/2018)
- Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>24</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1>  
(consulté le 11/06/2018)
- <sup>25</sup> Suthar AB, Lawn SD, del Amo J, Getahun H, Dye C, Sculier D, et al. Antiretroviral Therapy for Prevention of Tuberculosis in Adults with HIV: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nunn A*, éditeur. *PLoS Med.* 24 juillet 2012 ; 9 (7): e1001270.
- Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>26</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1>  
(consulté le 11/06/2018)
- Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>27</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1>  
(consulté le 11/06/2018)
- Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>28</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1>  
(consulté le 11/06/2018)
- Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>29</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1>  
(consulté le 11/06/2018)
- Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>30</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1>  
(consulté le 11/06/2018)
- <sup>31</sup> Floyd K, Glaziou P, Zumla A, Raviglione M. The global tuberculosis epidemic and progress in care, prevention, and research: an overview in year 3 of the End TB era. *Lancet Respir Med.* avril 2018 ; 6 (4):299-314
- Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>32</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1>  
(consulté le 11/06/2018)

Manda SO, Masenyetse LJ, JL Lancaster, van der Walt ML.<sup>33</sup> Risk of Death among HIV Co-Infected Multidrug Resistant Tuberculosis Patients, Compared To Mortality in the General Population of South Africa. *J AIDS Clin Res.* 2 juillet 2013 ; Suppl 3: 7.

Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>34</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1> (consulté le 11/06/2018)

Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>35</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1> (consulté le 11/06/2018)

<sup>36</sup> Duarte R, Lönnroth K, Carvalho C, Lima F, Carvalho ACC, Muñoz-Torrico M, et al. Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology.* mars 2018 ; 24 (2): 115-9.

<sup>37</sup> Duarte R, Lönnroth K, Carvalho C, Lima F, Carvalho ACC, Muñoz-Torrico M, et al. Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology.* mars 2018 ; 24 (2): 115-9.

<sup>38</sup> de Pee S, Grede N, Mehra D, Bloem MW. The enabling effect of food assistance in improving adherence and/or treatment completion for antiretroviral therapy and tuberculosis treatment: a literature review. *AIDS Behav.* Octobre 2014 ; 18 Suppl 5: S531-41

Conseils d'éthique pour la mise en œuvre de la stratégie de lutte antituberculeuse.<sup>39</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017. [www.who.int/tb/publications/2017/ethics-guidance/en](http://www.who.int/tb/publications/2017/ethics-guidance/en) (consulté le 11/06/2018)

<sup>40</sup> Dodd PJ, Looker C, Plumb ID, et al. Age- and sex-specific social contact patterns and incidence of Mycobacterium tuberculosis infection. *American Journal of Epidemiology* 2016 ; 183 (2): 156-166.

Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>41</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1> (consulté le 11/06/2018)

<sup>42</sup> Onozaki I, Law I, Sismanidis C et al. National tuberculosis prevalence surveys in Asia, 1990-2012: an overview of results and lessons learned. *Tropical Medicine and International Health* 2015 ; 20:1128-45 5.

Fiche technique : tuberculose, genre et droits de l'homme. Genève : Fonds mondial ; 2017 [www.theglobalfund.org/media/6349/core\\_tbhumanrightsgenderequality\\_technicalbrief\\_fr.pdf](http://www.theglobalfund.org/media/6349/core_tbhumanrightsgenderequality_technicalbrief_fr.pdf) (consulté le 10/06/2018)

Genre et tuberculose.<sup>44</sup> Document de discussion. New York : PNUD ; 2015

[https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20\(1\).pdf](https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20(1).pdf) (consulté le 11/06/2018)

Genre et tuberculose.<sup>45</sup> Document de discussion. New York : PNUD ; 2015

[https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20\(1\).pdf](https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20(1).pdf) (consulté le 11/06/2018)

ONUSIDA, Stop TB Partnership.<sup>46</sup> Outil d'évaluation de la dimension du genre dans les ripostes nationales au VIH et à la tuberculose visant à favoriser la prise en compte du genre dans ces ripostes. Genève : ONUSIDA/STP ; 2016

[http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Gender\\_Assessment\\_Tool\\_TB\\_HIV\\_UNAIDS\\_FINAL\\_2016%20FRE.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Gender_Assessment_Tool_TB_HIV_UNAIDS_FINAL_2016%20FRE.pdf) (consulté le 11/06/2018)

<sup>47</sup> Salazar-Austin N, Hoffmann J, Cohn S, Mashabela F, Waja Z, Lala S, et al. Poor obstetric and infant outcomes in HIV-infected pregnant women with tuberculosis in South Africa: the Tshepiso study. *Clinical Infectious Diseases*, 26 septembre 2017 [diffusion en ligne avant impression]. [DOI: [10.1093 / cid / cix851](https://doi.org/10.1093/cid/cix851)]

Manda SO, Masenyetse LJ, JL Lancaster, van der Walt ML.<sup>48</sup> Risk of Death among HIV Co-Infected Multidrug Resistant Tuberculosis Patients, Compared To Mortality in the General Population of South Africa. *J AIDS Clin Res.* 2 juillet 2013 ; Suppl 3: 7.

Manda SO, Masenyetse LJ, JL Lancaster, van der Walt ML.<sup>49</sup> Risk of Death among HIV Co-Infected Multidrug Resistant Tuberculosis Patients, Compared To Mortality in the General Population of South Africa. *J AIDS Clin Res.* 2 juillet 2013 ; Suppl 3: 7.

- <sup>50</sup> Daftary A. HIV and tuberculosis: The construction and management of double stigma. *Social Science & Medicine* 2012; 74: 1512–19.
- <sup>51</sup> Sommerland N, Wouters E, Masquillier C, Engelbrecht M, Rau A, Kigozi G, et al. Stigma as a barrier to the use of occupational health units for TB services in South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2017 ; supplément.
- <sup>52</sup> Cremers AL, De Laat MM, Kapata N, Gerrets R, Klipstein-Grobusch K, Grobusch MP. Assessing the consequences of stigma for tuberculosis patients in urban Zambia. *PLoS One.* 2015 ; 10. 10 (3): e0119861
- <sup>53</sup> Ozturk FO, Hisar F. Stigmatisation of tuberculosis patients. *Int J Community Med Public Heal.* 2014;1:37-43
- <sup>54</sup> Murray EJ, Bond VA, Marais BJ, Godfrey-Faussett P, Ayles HM, Beyers N. High levels of vulnerability and anticipated stigma reduce the impetus for tuberculosis diagnosis in Cape Town, South Africa. *Health Policy Plan.* 2013 ; 28.
- Le changement de paradigme :<sup>55</sup> Plan mondial pour mettre fin à la tuberculose 2016-2020. Genève : Stop TB Partnership ; 2015.  
[www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB\\_TheParadigmShift\\_2016-2020\\_StopTBPartnership.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf) (consulté le 11/06/2018)
- Note relative aux populations clés : les personnes vivant avec le VIH. Genève : Stop TB Partnership ; 2016. [http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\\_PLHIV\\_ENG\\_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_PLHIV_ENG_WEB.pdf) (consulté le 11/06/2018)
- Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA :<sup>57</sup> Accélérer la riposte pour mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA2016.  
[www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151027\\_UNAIDS\\_PCB37\\_15\\_18\\_FR\\_rev1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_FR_rev1.pdf) (consulté le 11/06/2018)
- <sup>58</sup> Suthar AB, Lawn SD, del Amo J, Getahun H, Dye C, Sculier D, et al. Antiretroviral Therapy for Prevention of Tuberculosis in Adults with HIV: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nunn A, éditeur. *PLoS Med.* 24 juillet 2012 ; 9 (7): e1001270.
- Dodd PJ, Yuen CM, Sismanidis C, Seddon JA, Jenkins HE.<sup>59</sup> The global burden of tuberculosis mortality in children: a mathematical modelling study. *Lancet Glob Health.* 2017 ; 5 (9): e898-906.
- <sup>60</sup> Données de l'ONUSIDA 2017. Genève : ONUSIDA ; 2017  
[www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_fr.pdf) (consulté le 11/06/2018)
- Note relative aux populations clés :<sup>61</sup> les enfants. Genève : Stop TB Partnership ; 2015.  
[www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\\_Children\\_ENG\\_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_Children_ENG_WEB.pdf) (consulté le 11/06/2018)
- <sup>62</sup> Note relative aux populations clés : les enfants. Genève : Stop TB Partnership ; 2015.  
[www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\\_Children\\_ENG\\_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_Children_ENG_WEB.pdf) (consulté le 11/06/2018)
- Nous pouvons mettre fin à la tuberculose chez les enfants.<sup>63</sup> Genève : Stop TB Partnership ; 2018.  
[www.treatmentactiongroup.org/sites/default/files/5\\_3\\_18\\_final\\_msgs\\_and\\_asks\\_children.pdf](http://www.treatmentactiongroup.org/sites/default/files/5_3_18_final_msgs_and_asks_children.pdf) (consulté le 11/06/2018)
- Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>64</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1> (consulté le 11/06/2018)
- Note relative aux populations clés :<sup>65</sup> les agents de santé. Genève : Stop TB Partnership ; 2016.  
[www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\\_HealthCareWorker\\_ENG\\_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_HealthCareWorker_ENG_WEB.pdf)
- <sup>66</sup> von Delft, Arne et al. Why healthcare workers are sick of TB. *International Journal of Infectious Diseases*, 2015 ; 32: 147-151. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2014.12.003>
- International HIV/AIDS Alliance, Projet Zambart et STAMPP-EU.<sup>67</sup> Understanding and challenging TB stigma: toolkit for action. Brighton: International HIV/AIDS Alliance ; 2009  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08b3ced915d622c000bb7/TB\\_and\\_Stigma\\_Ma\\_y09.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08b3ced915d622c000bb7/TB_and_Stigma_Ma_y09.pdf)  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08b3ced915d622c000bb7/TB\\_and\\_Stigma\\_Ma\\_y09.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08b3ced915d622c000bb7/TB_and_Stigma_Ma_y09.pdf) (consulté le 11/06/2018)

<sup>68</sup> Health and Development Networks, Stop TB Partnership, AIDS Care Watch, Development Cooperation Ireland. Fighting TB on the front lines: Highlights and recommendations from the Stop-TB eForum 2005. Dublin ; 2005

Note relative aux populations clés : les mineurs.<sup>69</sup> Genève : Stop TB Partnership ; 2016.

[http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp\\_miners\\_spreads.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_miners_spreads.pdf) (consulté le 11/06/2018)

Note relative aux populations clés : les mineurs.<sup>70</sup> Genève : Stop TB Partnership ; 2016.

[http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp\\_miners\\_spreads.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_miners_spreads.pdf) (consulté le 11/06/2018)

Commission des Nations Unies pour la prévention du crime et la justice pénale.<sup>71</sup> Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Mandela). Document des Nations Unies. E/CN.15/2015/L.6/Rev.1, 21 mai 2015 (voir règle 24).

Note relative aux populations clés : les prisonniers.<sup>72</sup> Genève : Stop TB Partnership ; 2016

[www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\\_Prisoners\\_ENG\\_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_Prisoners_ENG_WEB.pdf) (consulté le 11/06/2018)

Note relative aux populations clés : les prisonniers.<sup>73</sup> Genève : Stop TB Partnership ; 2016

[www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\\_Prisoners\\_ENG\\_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_Prisoners_ENG_WEB.pdf) (consulté le 11/06/2018)

<sup>74</sup> Stuckler D, Basu S, McKee M, King L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. Proceedings of the National Academy of Sciences 2008;105(36):13280-5.

Note relative aux populations clés : les populations nomades.<sup>75</sup> Genève : Stop TB Partnership ; 2016

[http://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KP\\_Mobile\\_Spreads.pdf](http://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KP_Mobile_Spreads.pdf) (consulté le 11/06/2018)

<sup>76</sup> Duarte R, Lönnroth K, Carvalho C, Lima F, Carvalho ACC, Muñoz-Torrico M, et al.

Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). Pulmonology. Mars 2018 ; 24 (2): 115-9.

<sup>77</sup> Duarte R, Lönnroth K, Carvalho C, Lima F, Carvalho ACC, Muñoz-Torrico M, et al.

Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). Pulmonology. Mars 2018 ; 24 (2): 115-9.

<sup>78</sup> Grenfell P, Baptista Leite R, Garfein R, de Lussigny S, Platt L, Rhodes T. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: a review of the literature. Drug Alcohol Depend. 1er mai 2013 ; 129 (3): 180-209.

Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>79</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1> (consulté le 11/06/2018)

Politique pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH - Principes directeurs

à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires.<sup>80</sup> Genève : Organisation mondiale

de la santé ; 2012 [http://www.who.int/tb/publications/2012/tb\\_hiv\\_policy\\_9789241503006/fr/](http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/fr/)

(consulté le 11/06/2018)

TBHIV Tuberculose associée au VIH Genève :<sup>81</sup> OMS ; 2016 [www.who.int/tb/areas-of-work/tbhiv/tbhiv\\_factsheet\\_2016.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/areas-of-work/tbhiv/tbhiv_factsheet_2016.pdf?ua=1) (consulté le 11/06/2018)

Politique pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH - Principes directeurs

à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires.<sup>82</sup> Genève : Organisation mondiale

de la santé ; 2012 [http://www.who.int/tb/publications/2012/tb\\_hiv\\_policy\\_9789241503006/fr/](http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/fr/)

(consulté le 11/06/2018)

OMS, ONUSIDA, PEPFAR.<sup>83</sup> Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes TB/VIH.

Genève : ONUSIDA ; 2015

[https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/150627/1/9789241508278\\_eng.pdf](https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/150627/1/9789241508278_eng.pdf)

(consulté le 11/06/2018)

Rapport mondial sur le suivi de la lutte contre le sida 2018 :<sup>84</sup> Indicateurs de suivi de la

Déclaration politique sur la fin du sida des Nations Unies de 2016. Genève : ONUSIDA ; 2018.

<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/Global-AIDS-Monitoring> (consulté le

11/06/2018)

Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la

prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique.<sup>85</sup>



Genève : OMS : 2016.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1)  
(consulté le 11/06/2018)

Mise en œuvre du diagnostic de la tuberculose - un cadre politique.<sup>86</sup> Genève : OMS : 2015.  
[www.who.int/tb/publications/implementing\\_TB\\_diagnostics/en/](http://www.who.int/tb/publications/implementing_TB_diagnostics/en/)

(consulté le 11/06/2018)

Utilisation du test urinaire lipoarabinomannane à écoulement latéral (LF-LAM) pour le diagnostic et le dépistage de la tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH : orientation politique.<sup>87</sup> Genève : OMS ; 2015.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193633/9789241509633\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193633/9789241509633_eng.pdf?sequence=1)  
(consulté le 11/06/2018)

Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>88</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1>  
(consulté le 11/06/2018)

Infection tuberculeuse latente : directives actualisées et unifiées pour la gestion programmatique.<sup>89</sup> Genève : OMS ; 2018.

<http://www.who.int/tb/publications/2018/latent-tuberculosis-infection/en/> (consulté le 11/06/2018)

Infection tuberculeuse latente : directives actualisées et unifiées pour la gestion programmatique.<sup>90</sup> Genève : OMS ; 2018.

<http://www.who.int/tb/publications/2018/latent-tuberculosis-infection/en/> (consulté le 11/06/2018)

<sup>91</sup> Badje A, Moh R, Gabillard D, Guéhi C, Kabran M, Ntakpé J-B, et al. Effect of isoniazid preventive therapy on risk of death in west African, HIV-infected adults with high CD4 cell counts: long-term follow-up of the Temprano ANRS 12136 trial. *Lancet Glob Health*. 2017 ; 5 (11): e1080-9.

<sup>92</sup> Un mois de rifapentine/isoniazide pour prévenir la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH : Note-TB/A5279. Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes. Abrégé 37LB. Boston, 4-7 mars 2018

[www.croiconference.org/sessions/one-month-rifapentineisoniazid-prevent-tb-people-hiv-brief-tba5279](http://www.croiconference.org/sessions/one-month-rifapentineisoniazid-prevent-tb-people-hiv-brief-tba5279) (consulté le 11/06/2018)

Stop TB Partnership.<sup>93</sup> Nous pouvons mettre fin à la tuberculose chez les enfants. Genève : Stop TB Partnership ; 2018.

[www.treatmentactiongroup.org/sites/default/files/5\\_3\\_18\\_final\\_msgs\\_and\\_asks\\_children.pdf](http://www.treatmentactiongroup.org/sites/default/files/5_3_18_final_msgs_and_asks_children.pdf)  
(consulté le 11/06/2018)

Un mois de rifapentine/isoniazide pour prévenir la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH :<sup>94</sup> Note-TB/A5279. Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes. Abrégé 37LB. Boston, 4-7 mars 2018

[www.croiconference.org/sessions/one-month-rifapentineisoniazid-prevent-tb-people-hiv-brief-tba5279](http://www.croiconference.org/sessions/one-month-rifapentineisoniazid-prevent-tb-people-hiv-brief-tba5279) (consulté le 11/06/2018)

<sup>95</sup> Badje A, Moh R, Gabillard D, Guéhi C, Kabran M, Ntakpé J-B, et al. Effect of isoniazid preventive therapy on risk of death in west African, HIV-infected adults with high CD4 cell counts: long-term follow-up of the Temprano ANRS 12136 trial. *Lancet Glob Health*. 2017 ; 5 (11):e1080-9.

Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. [Internet].<sup>96</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1) (consulté le 11/06/2018)

Politique de lutte contre la transmission des infections dans les services de santé, les établissements collectifs et les ménages.<sup>97</sup> Genève : OMS ; 2009.

[www.who.int/tb/health\\_systems/infection\\_control/en/](http://www.who.int/tb/health_systems/infection_control/en/) (consulté le 11/06/2018)

<sup>98</sup> Kumar A, Gupta D, Kumar A, Gupta R, Kanchar A, Rao R, et al. HIV testing among patients with presumptive tuberculosis: how do we implement in a routine programmatic setting? Résultats d'une grande recherche opérationnelle en Inde. *PloS One*. 2016;11 (5): e0156487

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156487> (consulté le 11/06/2018)

Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. [Internet].<sup>99</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1) (consulté le 11/06/2018)

Lignes directrices relatives au traitement post-exposition au VIH et à l'utilisation de la prophylaxie par cotrimoxazole pour les infections liées au VIH chez les adultes, les adolescents et les enfants : recommandations pour une approche de santé publique :<sup>100</sup> Supplément de décembre 2014 aux Lignes directrices unifiées de 2013 sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Genève : OMS ; 2015.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298964/>

Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique.<sup>101</sup> Genève : OMS ; 2016

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1) (consulté le 11/06/2018)

<sup>102</sup> Mitchell E, van van den Hof S. TB stigma measurement guidance. Avant-projet définitif de Challenge TB, KNCV Tuberculosis Foundation et USAID ; 2018.

Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>103</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1> (consulté le 11/06/2018)

Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>104</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1> (consulté le 11/06/2018)

Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>105</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1> (consulté le 11/06/2018)

Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>106</sup> Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1> (consulté le 11/06/2018)

Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>107</sup> Genève : OMS ; 2017

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1> (consulté le 11/06/2018)

La stratégie de lutte antituberculeuse. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015  
OMS/HTM/TB/2015.19 [http://www.who.int/tb/End\\_TB\\_brochure.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1) (consulté le 30/06/2018)

Rapport mondial sur la tuberculose 2017.<sup>109</sup> Genève : OMS ; 2017

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-fra.pdf?sequence=1> (consulté le 11/06/2018)

La stratégie de lutte antituberculeuse. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015.  
OMS/HTM/TB/2015.19 [http://www.who.int/tb/End\\_TB\\_brochure.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1) (consulté le 30/06/2018)

Document de séance UNAIDS/PCB (42)/CRP3 Segment thématique sur la tuberculose Mettre fin à la tuberculose et au sida - une riposte conjointe à l'ère des objectifs de développement durable.<sup>111</sup> Genève : ONUSIDA ; 2018. [www.unaids.org/en/whoweare/pcb](http://www.unaids.org/en/whoweare/pcb) (consulté le 11/06/2018)

Document de séance UNAIDS/PCB (42)/CRP3 Segment thématique sur la tuberculose Mettre fin à la tuberculose et au sida - une riposte conjointe à l'ère des objectifs de développement durable.<sup>112</sup> Genève : ONUSIDA ; 2018. [www.unaids.org/en/whoweare/pcb](http://www.unaids.org/en/whoweare/pcb) (consulté le 11/06/2018)

Document de séance UNAIDS/PCB (42)/CRP3 Segment thématique sur la tuberculose Mettre fin à la tuberculose et au sida - une riposte conjointe à l'ère des objectifs de développement durable.<sup>113</sup> Genève : ONUSIDA ; 2018. [www.unaids.org/en/whoweare/pcb](http://www.unaids.org/en/whoweare/pcb) (consulté le 11/06/2018)

Document de séance UNAIDS/PCB (42)/CRP3 Segment thématique sur la tuberculose Mettre fin à la tuberculose et au sida - une riposte conjointe à l'ère des objectifs de développement durable.<sup>114</sup> Genève : ONUSIDA ; 2018. [www.unaids.org/en/whoweare/pcb](http://www.unaids.org/en/whoweare/pcb) (consulté le 11/06/2018)



Document de séance UNAIDS/PCB (42)/CRP3 Segment thématique sur la tuberculose Mettre fin à la tuberculose et au sida - une riposte conjointe à l'ère des objectifs de développement durable.<sup>129</sup> Genève : ONUSIDA ; 2018. [www.unaids.org/en/whoweare/pcb](http://www.unaids.org/en/whoweare/pcb) (consulté le 11/06/2018)

<sup>130</sup> Suthar AB, Lawn SD, del Amo J, Getahun H, Dye C, Sculier D, et al. Antiretroviral Therapy for Prevention of Tuberculosis in Adults with HIV: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nunn A, éditeur. PLoS Med. 2012 ; 9 (7): e1001270.

<sup>131</sup> Stricker SM, Fox KA, Baggaley R, Negussie E, de Pee S, Grede N, Bloem M. Retention in care and adherence to ART are critical elements of HIV care interventions. AIDS Behav. 2014 ; 18 Suppl 5: S465-75.

<sup>132</sup> Feinglass E, Gomes N, Maru V. Transforming policy into justice: the role of health advocates in Mozambique. Health Hum Rights. 2016 ; 18 (2): 233-246.

PNUD, Stop TB Partnership.<sup>133</sup> Guide opérationnel d'évaluations de l'environnement juridique pour la tuberculose ; juillet 2017.

[http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/StopTB\\_TB%20LEA%20DRAFT\\_FINAL\\_Sept%2027.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/StopTB_TB%20LEA%20DRAFT_FINAL_Sept%2027.pdf)

<sup>134</sup> Mburu G, Restoy E, Kibuchi E, Holland P, Harries AD. Detention of people lost to follow-up on TB treatment in Kenya: the need for human rights-based alternatives. Health and Human Rights 2016 ;18(1):43-54.

Orientations sur l'éthique de la prévention, de la prise en charge et du contrôle de la tuberculose.<sup>135</sup> Genève : OMS ; 2010

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44452/9789241500531\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44452/9789241500531_eng.pdf?sequence=1) (consulté le 10/06/2018)

<sup>136</sup> Fiche technique : tuberculose, genre et droits de l'homme. Genève : Fonds mondial ; 2017 [www.theglobalfund.org/media/6349/core\\_tbhumanrightsgenderequality\\_technicalbrief\\_fr.pdf](http://www.theglobalfund.org/media/6349/core_tbhumanrightsgenderequality_technicalbrief_fr.pdf) (consulté le 10/06/2018)

<sup>137</sup> Beanland RL, Siegfried N, Oliver J. Systematic review on the evidence-base for eliminating HIV-related stigma and discrimination in health-care settings. PROSPERO 2017 [www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display\\_record.php?ID=CRD42017047750](http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42017047750) (consulté le 10/06/2018)

<sup>138</sup> Mankayi contre AngloGold Ashanti Ltd (CCT 40/10) [2011] ZACC 3 ; 2011 (5) BCLR 453 (CC) ; 2011 (3) SA 237 (CC) ; [2011] 6 BLLR 527 (CC) ; (2011) 32 ILJ 545 (CC) (3 mars 2011) [www.saflii.org/za/cases/ZACC/2011/3.html](http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/2011/3.html) (consulté le 10/06/2018)

Lee contre Ministre des Services correctionnels (CCT 20/12) [2012] ZACC 30 ; 2013 (2) BCLR 129 (CC) ; 2013 (2) SA 144 (CC) ; 2013 (1) SACR 213 (CC) (11 décembre 2012).<sup>139</sup> [www.saflii.org/za/cases/ZACC/2012/30media.pdf](http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/2012/30media.pdf) (consulté le 10/06/2018)

<sup>140</sup> Daniel Ng'etich et 2 autres contre Procureur général et 3 autres, requête n° 329 de 2014 [2016] eKLR.

[www.escri-net.org/caselaw/2016/daniel-ngetich-2-others-v-attorney-general-3-others-petition-no-329-2014-2016-eklr](http://www.escri-net.org/caselaw/2016/daniel-ngetich-2-others-v-attorney-general-3-others-petition-no-329-2014-2016-eklr) (consulté le 10/06/2018)

<sup>141</sup> Dara M, Acosta CD, Melchers NV, et al. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. International Journal of Infectious Diseases, 2015 ; 32: 111-7.

<sup>142</sup> Health and Development Networks, Stop TB Partnership, AIDS Care Watch, Development Cooperation Ireland. Fighting TB on the front lines: Highlights and recommendations from the Stop-TB eForum 2005. Dublin ; 2005

Fiche technique : tuberculose, genre et droits de l'homme. Genève : Fonds mondial ; 2017 [www.theglobalfund.org/media/6349/core\\_tbhumanrightsgenderequality\\_technicalbrief\\_fr.pdf](http://www.theglobalfund.org/media/6349/core_tbhumanrightsgenderequality_technicalbrief_fr.pdf) (consulté le 10/06/2018)

ONUSIDA, Stop TB Partnership.<sup>144</sup> Outil d'évaluation de la dimension du genre dans les ripostes nationales au VIH et à la tuberculose visant à favoriser la prise en compte du genre dans ces ripostes. Genève : ONUSIDA/STP ; 2016 [http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Gender\\_Assessment\\_Tool\\_TB\\_HIV\\_UNAIDS\\_FINAL\\_2016%20FRE.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Gender_Assessment_Tool_TB_HIV_UNAIDS_FINAL_2016%20FRE.pdf) (consulté le 11/06/2018)

<sup>145</sup> De Pee S, Grede N, Mehra D, Bloem MW. The enabling effect of food assistance in improving adherence and/or treatment completion for antiretroviral therapy and tuberculosis treatment: a literature review . AIDS Behav. 2014 ; 18 Suppl 5: S531-41.

<sup>146</sup> Sommerland N, Wouters E, Mitchell EMH, Ngicho M, Redwood L, Masquillier C et al. Evidence-based interventions to reduce tuberculosis stigma: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2017 ; 21 (11): S81-S86 (consulté le 10/06/2018)

<sup>147</sup> Beanland RL, Siegfried N, Oliver J. Systematic review on the evidence-base for eliminating HIV-related stigma and discrimination in health-care settings. *PROSPERO* ; 2017 [www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display\\_record.php?ID=CRD42017047750](http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42017047750) (consulté le 10/06/2018)

<sup>148</sup> Wouters E, Masquillier C, Sommerland N, Engelbrecht M, Van Rensburg AJ, Kigozi G et al. Measuring HIV- and TB-related stigma among health care workers in South Africa: a validation and reliability study. *Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis.* 2017,1 ; 21 (11): 19-25.

International HIV/AIDS Alliance, Projet Zambart et STAMPP-EU.<sup>149</sup> Understanding and challenging TB stigma: toolkit for action. Brighton : International HIV/AIDS Alliance ; 2009 [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08b3ced915d622c000bb7/TB\\_and\\_Stigma\\_Ma\\_y09.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08b3ced915d622c000bb7/TB_and_Stigma_Ma_y09.pdf) (consulté le 11/06/2018)

Note relative aux populations clés :<sup>150</sup> Les agents de santé. Genève : Stop TB Partnership ; 2016. [www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\\_HealthCareWorker\\_EN\\_G\\_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_HealthCareWorker_EN_G_WEB.pdf) (consulté le 11/06/2018)

<sup>151</sup> Sommerland N, Wouters E, Masquillier C, Engelbrecht M, Rau A, Kigozi G, et al. Stigma as a barrier to the use of occupational health units for TB services in South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2017 ; supplément.

Gothankar JS.<sup>152</sup> Tuberculosis awareness program and associated changes in knowledge levels of school students. *International Journal of Preventive Medicine* 2013 ; 4 (2): 153-7.

Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, observation générale n° 14, op. cit.<sup>153</sup>

<sup>154</sup> Macq J. Empowerment and involvement of tuberculosis patients in tuberculosis control: Documented experiences and interventions. Genève : OMS et Stop TB Partnership ; 2007.